



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“LAS PÉRDIDAS Y SUS DUELOS”

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

MARÍA DEL CARMEN DURÁN JUÁREZ

DIRECTORA: MTRA. PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ

DICTAMINADORES: MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Mayo 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

*Quienes han sido mi guía durante todo momento.
Porque con su autoridad y amor han formado gran parte de lo que hoy soy.
Porque sin sus consejos, su apoyo incondicional, su paciencia
y el ejemplo invaluable e insustituible de lucha y entrega,
no hubiera cumplido esta meta.*

A Fernando

*Porque me inspiras y me alientas
a conseguir mis anhelos,
por tus palabras, tus detalles y tu amor...
y porque me ayudaste a entender que
cuando se comparten las cosas bellas,
se disfruta más la propia vida.*

A mis amigos

*Los hago partícipes de este importante logro,
por ser las más grandes personas que han compartido conmigo
todas esas alegrías, tristezas, éxitos y detalles
que han hecho de esta etapa de mi vida LA MEJOR.*

A mis asesores

*Fue un placer haber sido su aprendiz.
En el ámbito profesional y personal.
Paty: Eres una excelente líder.
Gracias por tu confianza y las oportunidades
que me has regalado.*

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1. CRISIS.....	10
1.1 Concepto de crisis	10
1.2 Crisis vs. trauma	12
1.3 Ciclo vital y desarrollo humano	15
1.4. El ciclo vital familiar.....	22
CAPITULO 2. LOS DUELOS.....	29
2.1 ¿Qué es el duelo?.....	29
2.2 El duelo normal y el duelo patológico	33
2.3 Trastorno por estrés postraumático y depresión	36
2.4 Actitud ante el dolor: la influencia cultural y del género.....	37
2.5 El proceso de duelo: Estadios	42
CAPITULO 3. PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO POR DIVERSOS SUCESOS ...	47
3.1 La pérdida certera: la muerte.....	47
3.2 Pérdida de un ser querido ante el divorcio	55
3.3 Culminación de un noviazgo.....	51
3.4 Perder a un ser querido por causa de alguna enfermedad	56
3.5 Pérdida de un ser querido por las adicciones.....	58
3.6 Familiares perdidos.....	60
3.7 El secuestro de alguna persona querida	61
3.8 Pérdida de un ser querido debido a la migración	63
3.9 Otras pérdidas	65

CAPITULO 4. ¿CÓMO SOBRELLEVAR UNA PÉRDIDA?	67
4.1 Modalidades y recursos terapéuticos en apoyo al proceso	67
4.2 Evaluación clínica, técnicas y recursos terapéuticos	70
4.2.1 Terapia racional emotiva	72
4.2.2 Exposición	73
4.2.3 Entrenamiento en Habilidades sociales	74
4.2.4 Entrenamiento en Relajación	74
4.2.5 Solución de problemas	75
4.2.6 Afecto inducido	76
4.2.7 Asignación de tareas en casa	76
4.2.8 Biorretroalimentación	76
4.2.9 Desensibilización sistemática	77
4.2.10 Inoculación del estrés	78
4.2.11 Ensayo del comportamiento	78
4.2.12 Hipnosis	79
4.2.13 Modelamiento	79
4.3 Grupos de autoayuda	80
4.4 La tarea del psicólogo	81
CONCLUSIONES	83
La resiliencia en el proceso de duelo	88
REFERENCIAS	92

RESUMEN

Los duelos son un proceso que se pone en marcha como respuesta ante la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa. Aunque un duelo *normal* no se encuentra dentro de la clasificación de trastornos psiquiátricos, se debe tomar en cuenta que algunas veces no se poseen las herramientas, habilidades y recursos psicológicos y sociales necesarios para enfrentarlo, y que tanto los cambios esperables dentro del ciclo vital (por ejemplo las adaptaciones necesarias ante el inminente envejecimiento, o la pérdida de alguno de los padres), como los eventos inesperados (por ejemplo la separación de la pareja, la pérdida del empleo, o ser víctima de algún delito) pueden conducir a una persona a algún trastorno mayor, por no poder adaptarse correctamente a este momento de cambio (*crisis*). Es por lo anterior que deben adoptarse medidas preventivas como la educación temprana de individuos resilientes, o la información y reestructuración de creencias en torno al significado de las pérdidas. El psicólogo debe estar preparado para fungir como facilitador del proceso con su intervención en los niveles individual y familiar, pero también a nivel social. El objetivo de la presente investigación bibliográfica, fue describir teóricamente las pérdidas que más afectan el equilibrio de los seres humanos, así como los estadios comunes del duelo y las propuestas de intervención más utilizadas para la resolución de este, así como la descripción del papel del psicólogo dentro de este rubro.

INTRODUCCIÓN

Todos los seres vivos, y como parte de ellos el ser humano, cumplimos con un ciclo que empieza en el nacimiento y culmina con la muerte. Hablar del ciclo vital hace referencia a las etapas que las personas atravesamos en general, a lo largo de la vida, abarcando periodos estudiados por varios autores como son: la infancia, adolescencia, adultez, madurez y vejez. Es necesario saber que, pasar de una etapa a otra implica un cambio, y todo cambio en sí puede considerarse una *crisis*, tanto para la persona que la está atravesando, como para el grupo familiar y social que le rodea. Así mismo todos enfrentamos pérdidas durante el desarrollo de dichas etapas, tales como el término de la infancia, la separación de seres queridos o incluso la no realización de metas. Dependerá de las herramientas y recursos familiares si este momento de *cambio* es vivido como favorable o adverso.

Una de las teorías de mayor relevancia, aún en nuestros tiempos, en torno a los estadios de desarrollo, es la teoría psicosocial de Erikson. En esta, el autor explica que en cada una de las cuatro fases de la vida (infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad) el ser humano tiene desempeños evolutivos específicos que se deben alcanzar para madurar. Dentro del estudio del que se desprende esta aproximación a los periodos, etapas o fases de la vida, pueden reconocerse las características que definen y diferencian a cada una de estas, de acuerdo a los intereses o necesidades tanto familiares, personales, sociales, físicas y profesionales, así como los posibles precipitadores de crisis de cada una (Erikson, 1988).

Saber lo anterior, permite predecir algunos de los problemas frecuentes que suceden frente a dichos cambios y manejar pertinentemente algunos problemas psicológicos que conllevan. Cuando hay grandes desorganizaciones debido a la falta de habilidades, conocimientos u otros recursos de afrontamiento, acontecimientos circunstanciales pueden guiar a cualquier persona a la

desadaptación, tensión, y muchos otros daños tanto inmediatos como a largo plazo.

Autores como Slaikeu (1996) especialista en intervención en crisis, y Estremero y García (2004), distinguen y describen, entre esos cambios en el ciclo de la vida, a las *crisis evolutivas* y *crisis circunstanciales* o *inesperadas*. Las primeras hacen referencia a aquellos cambios por los cuales atraviesan la mayoría de las personas como parte del ciclo vital (por ejemplo la muerte de alguno de los padres o amigos en circunstancias “naturales”). Dichos cambios requieren un tiempo y adaptación para enfrentar nuevos desafíos que también forman parte del desarrollo de la vida. A diferencia de aquellas, las crisis inesperadas, sobrevienen bruscamente, es decir, no están en la línea evolutiva habitual de la vida (por ejemplo la pérdida de la salud, accidentes, desastres naturales, pérdida de un ser querido en algún secuestro, por citar algunos casos).

Dentro de este mismo encuadre, Slaikeu expone también que la crisis forma parte de la vida, siendo que toda persona está expuesta a experimentar alguna crisis en cualquier momento. Si bien la crisis es un proceso, se caracteriza por estar limitado en tiempo, porque se desprende de un suceso en especial que lo precipita, y porque lleva a quien lo experimenta a la puesta en marcha de recursos cuyo fin será la resolución o el fracaso; ello dependerá de factores como: la gravedad del suceso precipitante, los recursos personales y sociales del individuo para enfrentar la adversidad, las experiencias previas de crisis y sus resultados, entre otros.

El objetivo de la presente investigación bibliográfica, fue describir teóricamente cuáles son las pérdidas que más afectan el equilibrio de los seres humanos, así como los estadios comunes del duelo y las propuestas de intervención más utilizadas para la resolución de este proceso.

Así pues, el texto fue dividido en cuatro capítulos y un apartado de conclusiones. El primero de ellos, se refiere a las crisis vitales y el desarrollo humano, es decir, las transiciones que tienen lugar durante el ciclo vital, ambos temas de sumo interés no solo para la psicología evolutiva sino de muchas otras disciplinas.

El segundo capítulo, comienza con la definición de duelo y los factores que lo precipitan e infieren directamente sobre el desarrollo de este proceso. Al final de este segundo capítulo, se describen las concepciones, desde el punto de vista de especialistas, acerca de lo que es un duelo normal y un duelo patológico así como de los estadios que forman parte de este.

En el tercer capítulo, pueden encontrarse descritas cuales son las pérdidas que más afectan a los seres humanos, encabezando esta lista, la muerte de los seres queridos, y otras que parecen ser de lo más comunes, pero no por ello menos influyentes en la vida de muchos como: el divorcio, la terminación de un noviazgo, la enfermedad, entre otras.

Ya en el capítulo cuatro, se enumerarán las modalidades y recursos terapéuticos más utilizados para solucionar y dirigir el proceso psicológico que tiene lugar ante las pérdidas (sus duelos) hacia los más acertados términos.

Finalmente, dentro de las conclusiones se resalta que no solo la muerte de alguien desata un duelo. Todas las personas vivimos pérdidas durante el desarrollo de nuestra vida y ante todas éstas, el duelo es una respuesta esperable y normal, el problema deviene cuando el proceso no es manejado adecuadamente, o no se cuenta con los recursos sociales y personales necesarios para enfrentarlo, siendo que, los momentos de crisis, podrían considerarse desde otra perspectiva como una lección del presente para enfrentar el futuro, un momento para cuestionar, revisar o incluso reencauzar la vida.

Ya sean eventos tanto familiares, personales, sociales o profesionales, una pérdida importante, o un acontecimiento no esperado inciden en la dirección de la vida de quien lo experimenta. Es más probable que la manera de afrontarlo sea positiva, si se cuenta con la orientación de un psicólogo con conocimientos y habilidades necesarias para comprender y dar apoyo en estas situaciones, o en el mejor de los casos, si la educación que se recibe desde tempranas edades incluyera la reafirmación de la confianza, autonomía, iniciativa, diligencia e identidades propias, es decir, si se cuenta con una resiliencia bien fundada.

Así, dentro de la importancia del trabajo del psicólogo en este rubro implica, desde el apoyo terapéutico ante el creciente número de divorcios, enfermedades, catástrofes naturales, o con víctimas de delitos como el secuestro o violación, pero se requiere también de su participación como entrenadores y educadores de la sociedad para la formación de ciudadanos mejor preparados para enfrentar y solucionar situaciones complicadas, esperadas o inesperadas.

De modo que, la educación previa, información y reestructuración de creencias en torno al lado negativo que acompaña a las palabras adversidad, duelo o pérdida, constituyen algunas de las áreas de inserción del psicólogo y de las propuestas de mejoramiento para el sector salud e instituciones en general.

Es imprescindible recordar que, acercarnos a los fenómenos que nos rodean (y en el caso de las pérdidas modifican nuestras vidas) es el primer paso para entenderlos, lo que viene después es analizar, comprender, valorar y comenzar a disminuir, con acciones preventivas, el impacto que esos fenómenos tienen sobre nuestra vida. A nivel científico, la psicología propone decenas de alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas, el presente trabajo, persigue aportar información que forme parte de dicho proceso: el del crecimiento del conocimiento.

CAPÍTULO 1

CRISIS

¿Qué es una crisis? ¿Cómo y en qué medida puede afectarnos psicológicamente un desastre natural o alguno provocado por el hombre? ¿Cuáles son los medios para enfrentar una crisis? Estas y muchas otras interrogantes podrán contestarse a través de este capítulo, con la intención de esclarecer así tópicos importantes en torno al tema principal de este trabajo: los duelos y pérdidas de los seres humanos.

Comenzando con la descripción del concepto de crisis y sus características, se irán retomando temas que esto engloba, como son: las crisis circunstanciales, crisis de desarrollo, trauma y, finalmente, una síntesis de las etapas del ciclo vital, tanto individual como familiar, tomando en cuenta que, las teorías psicológicas sobre la realización y desarrollo del ser humano, han proporcionado algunos cimientos para el estudio de las crisis.

1.1 Concepto de crisis

Para esclarecer el concepto de crisis, es oportuno retomar una definición concreta de Slaikeu (1996):

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo y recursos sociales del individuo (p.16).

En síntesis, una crisis puede ser definida como un estado temporal de trastorno y desorganización, determinado por la incapacidad para manejar situaciones particulares, aún utilizando los métodos habituales en solución de problemas. Para Slaikeu se pueden diferenciar dos tipos de crisis:

◆ *Crisis circunstanciales.*

Las crisis circunstanciales son crisis inesperadas, experiencias que podrían ser por ejemplo, producto de desastres naturales, o ser víctima de algún crimen violento. Incluso son situaciones circunstanciales las influenciadas por factores ambientales y sociales, como la pérdida de empleo, divorcio, migración, entre otras. Y cuyas características son varias:

1. Su aparición repentina, ya sea de uno o varios eventos a la vez.
2. Son imprevistas, debido a que son eventos que pocos estamos preparados para vivir.
3. Su calidad de urgencia.
4. El impacto potencial sobre comunidades enteras.
5. La implicación de peligro inminente, y a su vez, de oportunidad de cambio, positivo o negativo, en el funcionamiento de una familia o individuo.

Dentro de una larga lista de crisis circunstanciales que han sido estudiadas desde los años 70's a la actualidad, se pueden numerar eventos similares a los que hoy en día forman parte del ir y venir de la vida; circunstancias que son cada vez mas familiares y fáciles de escuchar en cualquiera de los noticieros, o de leer en las planas de algún periódico, como son: los accidentes mortales, homicidios, adicciones, suicidios, divorcios, muerte, abuso y agresiones sexuales, encarcelamiento, desastres naturales, guerra, enfermedades que cada vez afectan más a la población, discapacidades, cirugías. Todos estos forman parte de una larga lista de eventos que pueden fungir como *activadores* de una crisis. Sin embargo, aunque convivimos con ese tipo de información todos los días, no siempre estamos preparados para enfrentarlo.

◆ *Crisis de desarrollo.*

Otro tipo de crisis, son las llamadas crisis de desarrollo (acerca de las cuales se profundizará en el apartado 1.3), son aquellas relacionadas con las transiciones entre etapas del crecimiento y vale la pena dedicar varias líneas a su exposición para su mejor comprensión.

Vale adelantar que, este tipo de crisis, están relacionadas también con los cambios en las etapas del ciclo vital familiar, y se consideran como *precipitadores* de una crisis grave debido a las desorganizaciones que provocan en dicho sistema, generalmente ocurre esta desorganización por la falta de habilidades, conocimiento y/o recursos del individuo y el sistema familiar. De lo contrario, si las adaptaciones se dan de manera fácil, puede denominarse *transición* y no crisis (op. cit., Slaikeu, 1996).

1.2 Crisis vs. trauma

En uno de sus libros, Enrique Echeburúa (2004) escribe que:

La vida de una persona está salpicada de sucesos positivos y de acontecimientos negativos, de alegrías y tristezas, de esperanzas cumplidas y de expectativas frustradas... los malos ratos se olvidan, pero queda en el pozo de la memoria la huella de sufrimiento... la única manera de no tener disgustos es estar muerto... vivir significa asumir un riesgo (p. 23).

Afortunada o desafortunadamente, durante el ciclo vital el ser humano se enfrenta a sucesos que indudablemente marcarán su vida. Muchas veces se utiliza la palabra trauma erróneamente para referirse a sucesos que nos causan un malestar emocional, o eventos que ni siquiera tienen relación con el significado real de esta palabra ya que no son situaciones urgentes, repentinas o que impliquen peligro inminente para la vida de la persona, es común escuchar: - ¡tengo un trauma con mi madre!- o -¡estás muy traumatado por el tamaño de tu nariz!-.

Según este mismo autor, un suceso traumático tiene sus propias características que lo diferencian de los sucesos que no lo son propiamente. Si debieran numerarse las similitudes entre un suceso desencadenante de crisis y un suceso traumático, este último estaría incluido en la clasificación de Slaikeu como parte de una crisis circunstancial (explicado en el tema 1.1), es decir, derivado de un evento inesperado e incontrolable que pone en riesgo la integridad física o psicológica de una persona, con consecuencias dramáticas para la víctima. Se trata de un evento no habitual y desconocido, por ejemplo, las agresiones sexuales o el secuestro; este tipo de eventos traen consigo secuelas a nivel fisiológico, conductual y cognitivo.

Por ello, está claro que los cambios vitales no constituyen un trauma, el trauma sería la reacción psicológica derivada de un suceso violento, intencional e injustificado de otro ser humano que viola y profana el sentimiento de seguridad de una persona (Echeburúa, 2004).

Si bien el trauma puede ser inducido por otro ser humano, entre otras opiniones se encuentra que también puede ser desatado por la propia naturaleza. Como ejemplos de ello, se considera que existe un amplio rango de eventos traumáticos, como huracanes, inundaciones, eventos relacionados con catástrofes naturales. Aunque también sucesos tan lamentables como los asesinatos, guerras, secuestros, también, tienen en común una implicación fisiológica y psicológica para quienes lo viven, y en la comunidad a la que pertenecen (Rubin, 2001).

De modo que esta autora tiene su propia clasificación y diferenciación entre crisis y trauma. En su teoría, sostiene que existen eventos considerados como 1) *crisis vitales universales*, por ejemplo, embarazos no deseados, divorcio, enfermedades crónicas (eventos que para Slaikeu forman parte de las crisis de desarrollo), y 2) eventos o *experiencias traumáticas*, por ejemplo, violaciones, desastres naturales, guerra, secuestro (que en la clasificación de Slaikeu se encuentran dentro de las crisis circunstanciales), cuya diferencia radicaría en que el trauma se trata de una

experiencia que no es universal, es decir, no es tan probable su ocurrencia. La crisis, sin embargo, es concebida como algo universal, aunque no es certero decir que todo ser humano lo experimentará.

Aún así, parece ser que la crisis y el trauma comparten ciertas características importantes como: que son eventos que impactan tanto al individuo como a su ambiente, la creación de límites y cierto aislamiento posterior a la situación o evento, las también posteriores reacciones paradójicas ante éste; la característica definitoria de ambos es la ausencia de una estructura de pensamiento definida para enfrentarlo, que bien puede sumarse a las frustraciones de la persona en su intento por lograr librar ese momento de manera adecuada.

En conclusión, una experiencia traumática es un suceso que muy pocas veces ocurre en la vida de una persona, se trata de eventos menos esperables, también se trata de eventos más comunales, es decir, que cuando suceden afectan a un amplio número de personas que lo viven de igual manera, y por otro lado, las crisis son eventos más comunes dentro del desarrollo del ser humano, y generalmente se viven con más privacidad. Así, podría decirse que, un desastre natural, por ejemplo, es vivido por la comunidad como un evento traumático. Por otra parte, una enfermedad crónico degenerativa es más esperable dentro del ciclo vital del desarrollo durante la ancianidad, y por ello sería catalogado como crisis.

Sin embargo, las respuestas de crisis y el trauma pueden considerarse conjuntos de la respuesta de crisis general, la severidad de uno y otro parece ser una característica asignada subjetivamente (Rubin, 2001). La reacción ante estos, esta determinada (como ya se ha venido mencionando), en función de los recursos, habilidades, características de la personalidad, historia previa y la fase del desarrollo de quien lo vive.

Ahora bien, ser una víctima de este tipo de eventos no implica solamente a una persona. Involucra a *victimias directas* e *indirectas*. El primer tipo de víctima

(directa) es el individuo que sufre, por ejemplo, un secuestro (el secuestrado), y las víctimas indirectas, serían quienes sufren las consecuencias del cambio de pensar, sentir y actuar de la víctima directa ya que están a su alrededor (familiares, amigos, pareja). No necesariamente solo porque se encuentran en el momento en que ocurre, sino que forman parte de su sistema de apoyo durante la crisis.

Respecto a lo anterior, se ha escrito también sobre la existencia de una posible *victimización secundaria* dada en la relación posterior al hecho violento, ya sea entre la víctima y el sistema jurídico-penal o unos servicios sociales defectuosos (Echeburúa, 2004). Esto hace referencia al maltrato por parte de las instituciones de asistencia, que puede contribuir agravando el daño de la víctima.

Es por eso importante atender con suma precaución las necesidades de las personas, ya que la actuación de jueces, médicos forenses, abogados, policías, incluso medios de comunicación, forman parte fundamental de la atención primaria a estas víctimas, y se debería dirigir la atención de especialistas sobre los aspectos y necesidades inmediatas tanto legales, religiosos y espirituales del ser humano en esta situación (Sherr, 1992).

1.3 Ciclo vital y desarrollo humano

Una frase de Buda expresa que, la única ley que no cambia nunca, es la de que todas las cosas se encuentran en constante cambio y ninguna es permanente, y con ello se ilustra como desde tiempos antiguos, el ser humano ha sido consciente de que el transcurrir de la vida implica cambios constantes, ahora corresponde hablar de ello.

Seguramente habrá quien se haya preguntado en algún momento de su vida, al enfrentarse a una serie de problemas, obstáculos o situaciones incómodas: -¿Por qué me pasan estas cosas justamente a mí?- En ese momento sería de gran ayuda tener presente que, las pérdidas son parte ineludible del estar vivo. Algunas

veces puede parecer muy injusto pero es real, y eso quiere decir que es necesario *enfrentarlo* con temple y sabiduría.

Sería sorprendente analizar la cantidad de veces que esa sensación dolorosa que algunos experimentan después de una pérdida, se repite a lo largo de la vida. Este apartado es la continuación de la explicación acerca de las llamadas crisis de desarrollo mencionadas en el primer apartado.

Uno de los más valiosos antecedentes del estudio de las pérdidas en el ser humano, han sido las investigaciones de Lindemann y Gerald Caplan acerca de la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos. El interés de ellos consistió en observar cómo la gente trataba las diversas transiciones de una etapa a otra ¿cómo las personas reaccionamos ante esas transiciones? (Slaikeu, 1996). Además, identificaron la importancia de los recursos personales y sociales en la determinación de si las crisis en el desarrollo (entiéndase aquí el concepto de crisis como una transición) resultarían en un mejoramiento o empeoramiento del individuo.

A partir de esto, y atendiendo a la desorganización y perturbación que para algunos implican estos cambios, es que surgió el interés por prever la manera de enfrentar algunas etapas y estas investigaciones se han convertido en una importante área de investigación en salud.

Slaikeu, un especialista en intervención en crisis, resume las principales influencias teóricas para la creación de dicho modelo de la siguiente manera:

- a) la teoría sobre la evolución y adaptación de Charles Darwin;
- b) las teorías psicológicas de la realización y el desarrollo del ser humano acerca de la motivación y el impulso;
- c) el enfoque de E. Erikson respecto al ciclo vital del desarrollo, en cuanto a las ocho etapas por las que debemos transitar de manera gratificante para evitar conflictos posteriores; y finalmente,

d) la influencia de datos empíricos acerca de cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo.

Es en este último rubro de investigaciones donde se pueden incluir los estudios de Holmes y algunos colaboradores que se describirán más adelante y que demuestran la relación entre sucesos relativamente comunes de la vida y enfermedades relacionadas con el estrés.

Tabla 1. Las ocho etapas del ciclo vital propuesto por Erikson (Erikson, 1988).

N°	Edad cronológica	Edades o etapas	Evolución psicosexual	Evolución psicosocial	Fuerza básica (en caso de resolución exitosa)	Patología básica (en caso de resolución no exitosa)
1	Nacimiento a 1 año	Lactancia	Oral Respiratorio Sensorial	Confianza básica vs. desconfianza básica	Esperanza	Retraimiento o temor
2	1-3 años	Niñez temprana	Anal Uretral Muscular	Autonomía vs. vergüenza y duda	Fuerza de Voluntad	Compulsión, Duda de sí
3	3-6 años	Juego	Genital Infantil Locomotor	Iniciativa vs. Culpa	Finalidad	Inhibición
4	6-12 años	Escolar	Latencia	Laboriosidad vs. inferioridad	Competencia	Inercia
5	12-18 años	Adolescencia	Pubertad	Identidad vs. confusión de roles	Fidelidad	Repudio e incertidumbre
6	18-40 años	Juventud	Genital	Intimidad vs. aislamiento	Amor	Exclusión
7	40-65 años	Aduldez	Procreatividad	Generatividad vs. estancamiento	Cuidado	Rechazo
8	65 en adelante	Vejez	Generalización de modos sensuales	Integridad vs. desesperanza	Sabiduría	Desdén

Acerca de este esquema, vale aclarar algunos puntos: 1) las edades cronológicas indicadas son sólo aproximadas, 2) en la columna Evolución psicosocial, están indicadas las crisis que se espera sean resueltas en cada etapa ya que, si la crisis es bien resuelta, el yo adquiere una virtud o cualidad básica indicada en la

columna Fuerza básica, o, en caso contrario, adquiere una cualidad patológica indicada en la columna Patología básica.

La teoría psicosocial de Erikson describe ocho estadios de desarrollo *en un continuo*, desde el nacimiento hasta la muerte. Indica que cada una de las cuatro fases de la vida (infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad) el ser humano tiene desempeños evolutivos específicos que debe alcanzar para madurar. Dentro del estudio del que se desprende esta aproximación a los periodos de la vida, pueden reconocerse las características que definen y diferencian a cada una de estas etapas, de acuerdo a los intereses o necesidades tanto familiares, personales, sociales, físicas, profesionales, etcétera, así como los posibles precipitadores de crisis de cada una (Erikson, 1988). Por ejemplo, durante la vida adulta, los periodos del ciclo vital involutivo, según este autor, obedecen generalmente a los siguientes criterios:

Durante el periodo de adultez joven (edad 18-34 años) se desarrolla la intimidad vs. aislamiento. Los jóvenes de entre 18 y 22 años conceden más importancia a tres aspectos:

1. La afirmación de componentes más diferenciales de la identidad (afectiva, sexual, cultural y profesional).
2. Opciones profesionales.
3. La elección de papeles sexuales.

Las ocupaciones y preocupaciones de esta etapa son:

- Iniciar una familia (o no iniciarla).
- Desarrollar habilidades paternales.
- Prepararse para una carrera o profesión.
- Iniciarse en una actividad (primer empleo)
- Desarrollar por completo el estilo de vida personal en un contexto social. Así, en esta etapa de la vida pueden surgir sucesos de crisis con respecto a las anteriores ocupaciones como: embarazos no deseados, nacimiento de un niño, divorcios, separaciones, problemas de disciplina con los niños, enfermedades de

los hijos, incapacidad para mejorar las diversas demandas del papel paterno, insatisfacción y frustración en las madres que dejan el trabajo para cuidar al hijo, anhelo de una mayor participación en la sociedad, en el espacio estudiantil: las dificultades académicas, fracaso al graduarse en la universidad, incapacidad para encontrar una carrera satisfactoria, desempeño deficiente en la profesión elegida. O, por ejemplo por la adquisición de casa; dificultades financieras; conflicto entre la profesión y objetivos familiares; transición a la edad de los 30 años, entre otras.

Durante la Adulthood Media (edad 35-50 años), es el periodo de generatividad, de hacer cosas nuevas. Si no se supera esta etapa, se produce el estancamiento del individuo. Las preocupaciones son:

- Adaptación a cambios fisiológicos de la madurez.
- Adaptación a cambios en los hijos, en caso de tenerlos, que entran en el periodo de adolescencia o de adultez joven. Es la época en la que se guía a generaciones futuras, sobre todo a través de la maternidad y la paternidad.
- Abordar nuevas responsabilidades considerando otra vez a los padres.
- Incrementar la productividad y desarrollo de la consolidación social y económica.
- Reexaminar las elecciones tempranas de la vida (compañeros, profesión, hijos) y reelaboración de motivos anteriores (identidad, intimidad). El pensamiento se torna más reflexivo, aparecen los primeros recuentos de lo ya decidido y logrado. Frecuentemente, con motivo de esa evaluación se realizan grandes cambios como divorcios o cambios ocupacionales.
- Modificar la estructura de la vida a la luz de cambios en la familia y responsabilidades de trabajo.
- Construir una vida mejor, luchar por progresar en lo que se ha comenzado en etapas anteriores (trabajo, familia).

Durante la madurez (de los 50-65 años) continúa la generatividad vs. estancamiento. Hay quienes afirman que las personas son menos optimistas. Las principales preocupaciones son:

- Adaptación a la vejez fisiológica, por ejemplo, cambios en la salud, disminución de la fuerza física.
- Ayudar a los padres ancianos, lo que supone mayores gastos económicos.
- Hacer productivo el uso del aumento en el tiempo libre. El –cómo- y -en qué- se invierte el tiempo, se convierte en un asunto de gran importancia.
- La irremediabilidad de la muerte se hace presente. Es decisiva la manera en que cada uno pueda enfrentarse a su destino.
- Balance de lo vivido, revisión del pasado en varios aspectos: vida matrimonial, actividad laboral.
- Decisiones sobre la jubilación (pasatiempos, nuevas profesiones).
- Se produce el fenómeno del "nido vacío" cuando el último hijo deja el hogar.
- Muerte del cónyuge, divorcio.
- Conflictos con los padres.

Y finalmente, se encuentra la vejez (desde los 65 años a la muerte). Para Erikson se caracteriza por la integridad del yo vs. desesperación. Las principales preocupaciones del anciano son:

- Segunda aspiración, una tercera carrera profesional y el interés en pasatiempos.
- Delegar poder y tareas, cuidar de los más jóvenes, compartiendo la sabiduría de la experiencia con otros.
- Evaluar el pasado y sentido de la realización de satisfacción con nuestra propia vida.
- Disfrutar una cantidad razonable de comodidad física y emocional.
- Mantener suficiente movilidad para la variedad del ambiente.
- Nuevo rol: el de ser abuelo, que conlleva la idea de perpetuidad.
- Pensamiento reflexivo.

Los posibles sucesos de crisis se producen por:

- Dificultades financieras.
- Conflictos interpersonales con semejantes.
- Indiferencia por parte de los adultos jóvenes.

- Muerte de los amigos.
- Conciencia de soledad.
- Enfermedad e incapacidad.
- Dificultad en la adaptación a la jubilación.
- Para algunas personas es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de compromisos laborales. Para otras es un momento de estrés, pérdida de poder adquisitivo o un descenso de la autoestima.
- Cambio de residencia. Institucionalización. Existe una demostrada relación entre la institucionalización y el aumento de la mortalidad. Hay que tener en cuenta la significación simbólica que le da el sujeto a ser “confiado” a nuevas personas en un asilo o una casa de retiro, así como sus dificultades en la capacidad para adaptarse. El individuo ve dificultada la realización de las actividades significativas para él, a la vez que ve como puede distanciarse el contacto con los hijos y familiares.

De lo anterior se desprende la visión de los seres humanos como seres activos, en constante desarrollo y en búsqueda de una adaptación a su ambiente. Los cambios psicológicos y en la conducta que se dan entre una etapa y otra, han sido estudiados con el fin de llegar a predecir los comportamientos del ser humano en cada una y optimizar la manera en la que se llevan a cabo estas transiciones, atendiendo la perturbación que para algunos implican estos cambios. Es por ello que las teorías psicológicas sobre la realización y desarrollo del ser humano como la de Erikson, han proporcionado algunos de los cimientos para el estudio de las crisis.

Si bien es cierto que algunos de los sucesos mencionados en las etapas del ciclo vital son innegablemente devastadores y precipitadores de una crisis, también es cierto que otros sucesos no son en sí, y por sí, en una proporción digna de una crisis pero deben considerarse en el desarrollo del individuo (Slaikeu, 1996).

Sin olvidar que somos seres sociales y en una analogía a lo que es la descripción del desarrollo del individuo, Carter y McGoldrick (1980, cit. en Slaikeu, 1996) manifestaron que, al igual que las tareas del desarrollo individual, cada una de las fases de la vida familiar requiere que sus miembros desarrollen algunas nuevas habilidades y realicen ajustes para encarar los nuevos retos. Ofrecen una síntesis de estas etapas, incluyendo en esta los temas y cambios requeridos en cada nivel de desarrollo por el conjunto de miembros: cambios de conducta y de ideología.

1.4. El ciclo vital familiar

El desarrollo de la familia puede ser observado desde diferentes perspectivas, de las cuales podríamos resumir que el ciclo vital de una familia tiene una serie de puntos nodales de desarrollo que implican cambios y adaptaciones. Sociólogos, psicólogos y terapeutas familiares tales como Salvador Minuchin, Carter y McGoldric, ó Lyman Wynne han postrado sus miradas sobre el tema desde hace tiempo.

Con el aporte del enfoque sistémico, investigadores, educadores y terapeutas familiares han reenfocado su atención respecto al desarrollo en el individuo, -en relación a-, y -dentro de- la familia. El ciclo vital familiar es un proceso de desarrollo, que consiste en atravesar una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios pueden provocar crisis, de menor o mayor intensidad en el núcleo familiar, por diversas razones, entre ellas, que al pasar de una etapa a otra las reglas de la familia cambian, provocando en el sistema familiar situaciones adversas como es la separación de uno de sus miembros o la llegada del primer hijo y los problemas a nivel familiar y de pareja que puedan presentarse (Erikson, 1988). Por ejemplo:

Etapas Del Ciclo Vital Familiar

1. Entre familias: desapego de los adultos jóvenes. Aceptación de la separación entre padres y descendientes.

- Diferenciación de sí mismo en relación con la familia de origen.

- Desarrollo de relaciones de intimidad con compañeros.
- Establecimiento de la propia identidad en el trabajo.

2. Conformación de familias mediante el matrimonio: la pareja de recién casados.

Compromiso con un nuevo sistema.

- Formación de un sistema marital.
- Reajuste de las relaciones con la familia política y los amigos para integrar en él al cónyuge.

3. Familia con niños pequeños.

- Aceptación de nuevos miembros dentro del sistema.
- Adaptación del sistema marital para hacer espacio para los hijos.
- Asunción de los roles de la paternidad.
- Reajuste de las relaciones con la familia política para integrar los roles de padres y abuelos.

4. Familia con adolescentes. Aumento en la flexibilidad de los límites familiares para dar lugar a la independencia de los hijos.

- Cambio de las relaciones entre padres e hijos para permitir a los adolescentes entrar y salir del sistema.
- Reenfoco marital de la mitad de la vida y de los asuntos relacionados con la carrera.
- Iniciación del cambio hacia las preocupaciones de las personas de mayor edad.

5. Desprendimiento de los hijos y abandono del hogar. Aceptación de multitud de salidas y entradas al sistema familiar.

- Renegociación del sistema marital como una diada.
- Desarrollo de relaciones de adulto a adulto entre los hijos que ya han crecido y sus padres.
- Reajuste de relaciones para integrar a nueras, yernos y nietos.
- Enfrentarse con las discapacidades y muerte de los padres (abuelos).

6. Familia en etapa avanzada de la vida. Aceptación de los cambios en los roles generales

- Mantenimiento del funcionamiento propio y/o de la pareja y los intereses al encarar la declinación fisiológica; exploración de nuevas opciones para los roles familiares y sociales.
- Apoyo para un papel más destacado de la generación intermedia.
- Reajuste en el sistema para la sabiduría y experiencia de los de mayor edad; apoyo a la generación de los mayores sin sobreprotegerlos.
- Enfrentarse con la pérdida del cónyuge, parientes y otros compañeros, y preparación para la propia muerte. Revisión de la vida.

Durante el desarrollo del ciclo vital familiar, así como en el desarrollo del individuo, no es necesario que toda familia pase por cada una de las fases, estas han servido más bien como un eje para su estudio y análisis, en tanto a los cambios psicológicos, afectivos y conductuales, así como las dificultades que puedan fungir como precipitadores de una crisis en torno a cada una de las etapas numeradas.

En 1967, los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe, describieron tanto una escala de readaptación social ante los sucesos de la vida, como una de estrés psicosocial que dichos momentos desencadenan. Esta escala ha sido utilizada ampliamente para investigar la relación entre las situaciones angustiosas cotidianas y la enfermedad.

Examinaron los registros médicos y realizaron entrevistas a más de 5 mil pacientes. De dichos estudios identificaron 43 situaciones cotidianas y cambios en el estilo de vida, asociados con el inicio de una enfermedad. Estas situaciones incluían desde cambios en la salud, hasta asuntos sociales. Abarcan desde momentos de crisis mayores como el divorcio o la muerte del cónyuge, hasta pequeñas molestias como recibir una infracción de tránsito. A partir de ello, informaron que se encontró una correlación positiva entre los eventos de vida y enfermedades en una misma persona. Los resultados fueron publicados como la

Social Readjustment Rating Scale (Escala de Rango de Reajuste Social), conocida mas comúnmente como la Escala de Estrés de Holmes y Rahe.

Pidieron también a un grupo de hombres y mujeres que dieran su opinión sobre la cantidad de cambios en el comportamiento necesarios para adaptarse a dichas situaciones, llamando a esto Unidades de Cambio Vitales (UCV). Como resultado de lo anterior, obtuvieron que las tres situaciones cotidianas calificadas como las mayormente angustiosas en términos del nivel de readaptación requerida ante ellas son: la muerte del cónyuge, el divorcio y la separación marital (Slaikeu, 1996).

Es interesante que, en otros países se han encontrado resultados similares (Spielberger, 1980), por ejemplo, que tanto los norteamericanos como los japoneses y los europeos señalaron -la muerte del cónyuge- como el hecho que requiere de una readaptación mayor.

Este cuestionario se trata de que el encuestado rellene con un círculo el número o números que corresponde en al o los acontecimientos que haya padecido en el último año. La puntuación del test se realiza sumando las UCV que corresponde a cada suceso según la siguiente tabla:

Tabla 2. Encuesta de Experiencias Recientes (op. cit., Spielberger, 1980).

Situaciones vitales		Unidades de Cambio Vitales
1.	Muerte del cónyuge	100
2.	Divorcio	73
3.	Separación matrimonial	65
4.	Encarcelación	63
5.	Muerte de un familiar cercano	63
6.	Lesión o enfermedad personal	53
7.	Matrimonio	50
8.	Despido del trabajo	47

9.	Reconciliación matrimonial	45
10.	Jubilación	45
11.	Cambio de salud de un miembro de la familia	44
12.	Embarazo	40
13.	Dificultades o problemas sexuales	39
14.	Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
15.	Reajuste de negocio	39
16.	Cambio de condición económica	38
17.	Muerte de un amigo íntimo	37
18.	Cambio de actividad	36
19.	Mala relación con el cónyuge	35
20.	Deuda por más de \$100 000	31
21.	Embargo por una deuda o préstamo	30
22.	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23.	Hijo o hija que deja el hogar	29
24.	Problemas con parientes políticos	29
25.	Éxito personal relevante	28
26.	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27.	Comienzo o fin de la escolaridad	26
28.	Cambio en las condiciones de vida	25
29.	Revisión de hábitos personales	24
30.	Problemas con el jefe	23
31.	Cambio de turno o de condiciones laborales	20
32.	Cambio de residencia	20
33.	Cambio de escuela	20
34.	Cambio de diversiones	19
35.	Cambio en las actividades de la Iglesia	19
36.	Cambio de actividades sociales	18
37.	Deuda o préstamo por menos de \$100 000	17
38.	Cambio en los hábitos del sueño	16
39.	Cambio en el número de reuniones familiares	15

40.	Cambio de hábitos alimentarios	15
41.	Vacaciones	13
42.	Navidad	12
43.	Leves transgresiones de la ley	11

Una vez registrados los ítems señalados por el paciente, se suma la puntuación asignada a cada uno y se interpreta de la siguiente manera: si la puntuación es menor a 150, quiere decir que existe un riesgo por debajo de 30% de posibilidades de presentar alguna enfermedad debida al estrés en el paciente por las situaciones vividas, con puntuaciones de entre 150 a 300 pudiera existir riesgo de presentar enfermedad, y, más de 300 puntos totales, colocan al paciente en un alto riesgo de presentar enfermedad.

Además de lo interesante que resulta el resultado del test y su interpretación, es importante para objeto de la presente tesina referente a las pérdidas y sus duelos, observar el orden y valor que posee cada evento o circunstancia según esta escala, por ejemplo, obsérvese que la muerte del cónyuge ocupa el primer lugar en la escala y posee la puntuación más alta en cuanto al estrés que produce; después de ello, podemos leer algunos de los ya mencionados casos de crisis circunstanciales como el divorcio, separación matrimonial, encarcelamiento, enfermedades y adicciones.

En una investigación realizada por Reyes y Acuña (2008), se utilizó esta misma Escala de Reajuste Social con niños y sus padres, demostrando la variación que existe entre la perspectiva de un niño que cursa la educación primaria y un adulto respecto a los eventos vitales estresantes, y a pesar de algunas diferencias significativas lógicas (un niño no puede manifestar estrés por ser despedido de un trabajo ya que nunca ha tenido uno) es interesante observar que la muerte del padre o de la madre siguen ocupando los primeros lugares de entre los eventos más estresantes de la vida.

Un común denominador en los ya mencionados estudios, es el hecho de que se investiga sobre cómo la vida atraviesa por una serie de etapas y que cada una de ellas podría someter a cualquier persona a eventos específicos que, de no ser manejados adecuadamente, podrían resultar en una crisis u otros problemas relacionados.

Para finalizar este capítulo, cabe recalcar que no es por obra del azar que existan una gran diversidad de estudios dedicados a las crisis vitales del desarrollo, o las crisis de mitad de la vida, o a la psicología del envejecimiento, el desarrollo humano ha sido un concepto en evolución. No se pueden atender las necesidades de las personas si no se conocen con exactitud las etapas críticas a las que son o serán sometidas, y tampoco podrían entenderse las transiciones, pérdidas y sus duelos, sin conocer los promotores de estos y los antecedentes teóricos ya mencionados.

CAPITULO 2

LOS DUELOS

Para abordar el estudio de los duelos, en este capítulo se presentan algunas de las definiciones propuestas por los principales teóricos, además de algunos otros conceptos clave que se consideran fundamentales para comprender las reacciones ante el duelo o pérdida de un ser querido.

Estos conocimientos básicos abarcan varios conceptos: duelo, influencia de la cultura y género sobre el comportamiento de los seres ante la pérdida, diferencias entre el duelo normal y duelo patológico, y finalmente una descripción de los estadios del duelo.

2.1 ¿Qué es el duelo?

La inclusión de la palabra *duelo* dentro del ámbito de la vida emocional del ser humano, ha contribuido en gran medida a la comprensión de la misma, y ha motivado a sus abordajes científicos y terapéuticos. Si bien esta palabra ha sido utilizada en el lenguaje cotidiano, vale la pena identificar sus implicaciones y describirla claramente.

Dentro del diccionario de la Real academia española, la palabra duelo (en el sentido que para este trabajo conviene retomar), tiene los siguientes significados:

1. m. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.
2. m. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
3. m. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales.

Etimológicamente, la palabra duelo procede del latín *dolos*, que significa dolor, y se le llama así comúnmente a la respuesta emotiva que sufren las personas ante la pérdida de *alguien* o *algo* querido. Es decir, abarca el conjunto de procesos

psicológicos y psicosociales, que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo (el deudo), estaba psicosocialmente vinculado (Tizón, 2004). El psiquiatra británico John Bowlby (1993), define el duelo como la serie de procesos psicológicos tanto conscientes como inconscientes, que se ponen en marcha después de vivir la pérdida de una persona amada.

En efecto, el duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo. Por lo tanto, puede afirmarse que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que transita toda persona que sufre la pérdida de un ser u objeto querido. No se trata de ningún suceso patológico. Incluso hay quien sostiene que el duelo por la pérdida de un ser querido es un indicador de amor hacia la persona fallecida:

Toda relación humana tiene un fin. Cuando nos mudamos de ciudad, al irnos de casa por última vez, en el divorcio, en la muerte... toda relación humana llega a un final. El duelo es la expresión de la pérdida de una relación y la experiencia más común a la que todos debemos enfrentarnos una y otra vez (Savage, 1992, p.15).

Desde los años cincuenta, la psicología tanatológica ha centrado su atención en definir las líneas generales del proceso psicológico del duelo por la muerte de un ser querido, y se han establecido teorías que describen las diversas fases de adaptación psicológica a la muerte.

El Instituto Mexicano de Tanatología (IMT), ha sido semillero de una gran variedad de publicaciones de estudios respecto de la vivencia del duelo. Una descripción sencilla del duelo propuesta por este centro implica al duelo como proceso *necesario* en cuyo desarrollo las personas elaboran y superan las pérdidas de su vida, siendo éste un proceso individual, único, temporal, activo y que deja marca en la vida de cualquier ser humano.

Otra de las más significativas, y quizá una de las pioneras de las teorías actuales de duelo, es la escrita por Freud (1917). Él elaboró trabajos sobre el duelo y la melancolía, definiendo el duelo como: la reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar. El duelo vendría a cumplir una tarea psíquica precisa que sería separar de los muertos los recuerdos y las esperanzas de los sobrevivientes.

Por otra parte, Norman Paul (1967, cit. en Goldbeter, 2003) coloca al duelo en el lugar central de su modelo terapéutico. Para Paul, el duelo es “un proceso psicológico desencadenado por la pérdida de un objeto amado que está asociado al abandono de ese objeto” (p. 145).

La más conocida de los teóricos es Elizabeth Kübler-Ross, considerada la pionera de la Tanatología (IMT, 2008), quién, en 1969, como resultado de sus investigaciones con enfermos terminales, identificó y conceptualizó cinco fases por las que ellos transitaban cuando su muerte era catalogada como inminente estas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Por supuesto es de observarse que no siempre ocurren o tienen la misma influencia y orden, ya que dependen de factores que más adelante nos detendremos a explicar como el género, la cultura, los recursos emocionales, entre otros.

La mayoría de las veces, hablar de duelo nos remite a la muerte, y esto trae para muchos una idea de luto y tristeza. Efectivamente, para algunas culturas, el término de *luto* hace referencia a los procesos de duelo y pena ante la muerte, sin embargo, como se ha referido antes, el proceso de duelo puede iniciarse por varias y múltiples razones, como la pérdida de un trabajo, el incendio de una casa, el divorcio o la separación de la pareja. Ya en el capítulo 3, podrá leerse la descripción de otras pérdidas, además de la muerte de un ser querido, que también afectan el comportamiento de los seres humanos y que pertenecen a esta misma categoría de duelos.

Como lo describen Cohen y Ahearn (1989), y más recientemente Echeburúa (2004), el luto incluye componentes cognoscitivos y muy frecuentemente llega a expresarse mediante síntomas físicos, es decir, cuando una persona se encuentra en el proceso de duelo, es muy probable que transite por momentos de choque emocional, aflicción intensa y resignación, aunadas a molestias físicas como enfermedades y actitudes como apatía o aislamiento social.

A partir de la opinión de González (2005), y a manera de síntesis de este apartado, cabe señalar que los duelos son un proceso; un proceso normal, dinámico y activo, y no un estado permanente. Se trata de un proceso un tanto complicado de describir, ya que se vive como algo íntimo y privado, pero del que se desprende también una parte pública (por los rituales familiares y sociales en torno a ello). El duelo es un proceso que incita a la reorganización y la elaboración de circunstancias con dimensiones individuales, familiares y sociales, y que implica dos tipos de afrontamientos: un afrontamiento *emocional* y un afrontamiento *racional*. Es el primero el más difícil y el que más tiempo necesita; el segundo resulta más accesible transcurridos los primeros momentos de la pérdida.

En el caso de duelo por muerte, se supone además el sufrimiento de tener que reconocer y aceptar que la persona fallecida ya no está y no va a volver. Requiere un nuevo equilibrio que esta desaparición acarrea, y que implica un cambio en la estructura familiar (op. cit., González, 2005).

Es indispensable para los profesionales de la salud, tener presente que la resolución de un duelo demanda que se tome en cuenta la magnitud real de la pérdida de manera individual, y que se haga consciente su efecto sobre cada uno, ya que es evidente que lo que para algunos puede significar una pérdida importante, para otros no (Savage, 1992).

Citando de nuevo lo descrito por el Instituto Mexicano de Tanatología, se sugiere que el duelo sea considerado como un proceso:

- Individual, porque cada persona tiene su propio proceso y lo debe elaborar el mismo.
- Único, ya que hay tantos procesos de duelo, como pérdidas.
- Temporal, es decir, requiere de tiempo para su elaboración.
- Activo, porque implica una acción de parte de quien lo vive.
- Proceso que implica etapas pero no es algo permanente, dichas etapas tienen un término pero también existen regresiones.
- Deja una marca, ya que de alguna manera se lleva por siempre. Aunque al transcurrir del tiempo, en la mayoría de los casos, no provoque dolor ni requiera atención como al principio.

2.2 El duelo normal y el duelo patológico

En general, durante la situación de duelo las personas experimentan una serie de vivencias emocionales como tristeza, culpa, enfado, depresión, ansiedad, soledad, impotencia, alivio, insensibilidad, entre otras; dependiendo de factores tan diversos como el momento en el que se encuentre su vida, es decir, el periodo del ciclo vital o el ciclo familiar (descritos en el capítulo 1) y la ayuda que tenga en el momento de la pérdida (Sánchez, 2001).

Pero ¿qué ocurre cuando el dolor y el llanto no desaparecen?, o ¿cuando la depresión y los recuerdos de aquel objeto perdido siguen rigiendo la vida de una persona? ¿Son señales de alarma? ¿Hasta qué punto es normal?

No es fácil establecer la duración de un duelo normal, ya que cada situación es distinta y cada persona tiene una fuerza y herramientas intelectuales y emocionales también distintas que lo llevarán a solucionar una situación de duelo en un tiempo determinado.

Sin desatender a las diferencias individuales, se debe contemplar que, por ejemplo, algunas personas bajo una fuerte crisis, pueden no llorar, y no por ello se

trata de una persona insensible, sino representa un modo distinto de enfrentamiento.

Es común encontrarse con personas que reaccionan a las situaciones (como la pérdida de un ser querido) de manera que, con mayor o menor intensidad, mantienen ideas de inadecuación, falta de atención, personas que evitan situaciones sociales, sufren de apatía por su entorno, incluso presentan una elevación en la presión sanguínea, mareos, tensión en el estómago, etcétera y es delicada la línea que separa un duelo de otros tipos de trastorno (Sánchez, 2001).

Es preciso aclarar que el duelo no es un trastorno mental, aunque el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica; y que por su parte, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10) clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

Por lo tanto, el duelo no es estrictamente hablando, una enfermedad. Sin embargo, se debe tener en cuenta que si es un tipo de desviación del estado de salud y bienestar, que durante este proceso la persona se encuentra sumamente vulnerable, y que se necesita un tiempo para volver a un estado de equilibrio emocional que en caso de no ser alcanzado por el mismo, puede desencadenar trastornos posteriores.

Se podría señalar como superada la situación de duelo cuando una persona recupera el interés por ella misma, vive plenamente las satisfacciones de su vida cotidiana, continúa con nuevas relaciones y metas en la vida, y ya no piensa en el fallecido sintiéndose abrumado por el recuerdo.

En el caso del duelo por la muerte de un ser querido, este límite máximo de recuperación normal gira alrededor de los doce meses después del fallecimiento. Durante esta etapa, el apoyo social o religioso y las estrategias de afrontamiento apropiadas, serían las mejores herramientas para enfrentar el duelo por una pérdida (Echeburúa, 2004).

Lo que podría diferenciar a la tristeza patológica de la tristeza normal, son el tiempo e intensidad del dolor y la aparición de conductas que interfieren con la reanudación de la vida cotidiana y que no son acordes con la realidad. El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos.

William Worden (cit. en IMT, 2008), señala que existen cuatro tipos de duelo complicado:

1. Duelo crónico. Tiene una duración excesiva sin concluir nunca satisfactoriamente.
2. Duelo retrasado. Cuando no se tiene reacción en acuerdo con el dolor psicológico, en el caso de que se repriman emociones, estas son pospuestas y probablemente en el futuro se presenten ante sucesos menos significativos.
3. Duelo exagerado. Las reacciones son demasiado intensas, incluso incapacitantes como el caso de ataques de pánico y fobias.
4. Duelo enmascarado. Cuando el doliente expresa sus reacciones a través de mecanismos disfrazados como enfermedades físicas y otras conductas desadaptativas, ya que no puede enfrentar y manejar las reacciones de duelo.

Según algunos autores, tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico quienes experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte o separación, los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían

una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido (Flórez, 2002); quienes aún antes de la pérdida vivían una inestabilidad emocional, las personas con antecedentes de depresión, ansiedad, o con estilos de afrontamiento inadecuados (Echeburúa, 2004).

2. 3 Trastorno por estrés postraumático y depresión

El trastorno por estrés postraumático y algunos de los trastornos de ansiedad, podrían ser también una de las complicaciones de un duelo no elaborado favorablemente. La sintomatología de este trastorno consiste en la aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento “desagradable” psicológicamente, y fuera del marco de lo que sería una experiencia habitual, como es el caso de las crisis inesperadas o eventos traumáticos.

La aparición del trastorno por estrés postraumático se debe al fracaso de los mecanismos de cicatrización del propio organismo. Es un trastorno crónico e incapacitante, cuyas bases biológicas representan una parte importante de su desarrollo. Estas bases biológicas podrían ser importantes al explicar la falla del organismo para retornar al estado pretraumático y al explicar el por qué algunas personas consiguen la recuperación y otras no (Echeburúa, 2004). Es indispensable que la persona que vivió el trauma lo integre en su memoria como un momento que pertenece al pasado. No es normal que después de meses, el recuerdo aparezca con detalles tan exactos que no permitan que la vida actual continúe.

Otras formas anormales de duelo, se producen cuando algunos aspectos del duelo normal se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Un ejemplo de esas diferencias, encontrado en el artículo de Flórez (2002) es cuando deudo llega a identificarse con el fallecido a tal grado que adopta alguno de sus rasgos, al grado de creer que uno mismo es el fallecido, o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto.

La presencia de síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal, pueden ayudar a diferenciarlo entre una reacción de duelo que no lo es, incluso con un problema mayor, como una depresión aguda. En el caso del duelo patológico, los síntomas serían, según los textos de Flórez, (2002) y el IMT (2008):

- Preocupaciones de muerte sobre la propia persona.
- Fobias respecto a la enfermedad o la muerte.
- Tristeza inexplicable y muchas veces cíclica.
- Culpa asociada a temas que van más allá de los que rodean la muerte de un ser querido (sobre lo que se hizo o se dejó de hacer en el momento de la muerte de aquella persona).
- No se puede hablar del fallecido sin experimentar un intenso dolor.
- Retardo psicomotor importante o hiperactividad.
- Alteraciones funcionales graves y prolongadas: pérdida de peso, trastornos del sueño, y dolores inespecíficos.
- Comportamiento autodestructivo e Ideación suicida.
- Sentimientos de haber hecho algo que ha provocado la muerte del ser querido.
- Experiencias alucinatorias diferentes a las percepciones transitorias de oír o ver a la persona fallecida.

Según Echeburúa (2004), los tres criterios para la búsqueda de ayuda profesional en víctimas de sucesos traumáticos son:

- Cuando los pensamientos, sentimientos o conductas perturbadoras duran más de 4 o 6 semanas.
- Cuando hay una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano del individuo.
- Cuando la persona se siente incómoda con sus pensamientos, sentimientos o conductas.

2.4 Actitud ante el dolor: la influencia cultural y del género

Para entender lo que representa un duelo en el ser humano, es necesario tener presentes también: a) los aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos del funcionamiento de un individuo (Slaikeu,

1996), b) estudios acerca de la teoría de los sistemas, los que advierten la manera en que el género mediatiza el mundo emocional, sobre todo durante la infancia y adolescencia; esa íntima relación de los sentimientos de tristeza y el género de quien los experimenta, igual que entre la facilidad de adaptación según el género (Siverio y García, 2007), c) que la forma en que es comprendido y transitado el proceso de duelo por pérdidas (cualesquiera que estas sean) está relacionada con la forma en que se maneja su concepto en el medio cultural del individuo, y ha ido evolucionando según las distintas épocas por las que ha atravesado la humanidad.

Es por lo anterior que, la intensidad del duelo que se elaborará tras una pérdida, no dependerá del objeto perdido en sí, sino del valor que se le atribuye a ese objeto, algo así como la *inversión de afecto* él, y la perspectiva desde la que se analice la pérdida (Cabodevilla, 1999).

Como se mencionó, el periodo inmediato a sufrir una pérdida viene configurado por diversos factores: el sexo, la edad, los recursos psicológicos y familiares de los supervivientes, las circunstancias de la muerte, la experiencia personal con la que se haya enfrentado a la muerte en pasadas ocasiones, los arquetipos culturales, entre otros aspectos.

De los anteriores catalizadores, este apartado está dedicado a exponer cómo dos de ellos: la cultura y el género, son mediadores y determinantes en el proceso de duelo. Con tal fin, entiéndase la palabra *cultura* como un conjunto de patrones aprendidos de comportamientos, creencias y valores compartidos por un grupo social particular, dicho grupo, proporcionará a los individuos una identidad y un marco de referencia para *interpretar* la experiencia. Es decir, si la cultura define las creencias acerca del bien y el mal, así también las de la enfermedad y la salud; la manera de responder ante el dolor; la actitud que se mantiene ante el deterioro físico progresivo y por supuesto, ante la muerte, entre otros conceptos (Serpell, 1981).

Sin embargo, también es cierto que esta asociación al sufrimiento, al dolor y a la muerte, transgrede barreras geográficas y culturales que separan a la humanidad en muchas otras cuestiones (Oloweny, 1994), por ejemplo, la pérdida de un ser querido, es una de las crisis vitales más importantes para casi cualquier ser humano.

Según la escala de Holmes y Rahe (1967, cit. en Spielberger, 1980), la muerte del cónyuge es la crisis vital que más puede influir en la vida de una persona, de ella siguen en orden descendiente: la separación o divorcio, el encarcelamiento, enfermedades, pérdida del trabajo, entre otros.

Ellos examinaron los registros médicos un gran número de pacientes, como una forma de determinar si los eventos estresantes podían causar enfermedad. Se les solicitó a los participantes que ordenaran una lista de 43 eventos de vida, basándose en el nivel de importancia asignada y el estrés que les producían. A partir de ello, se encontró una correlación positiva entre los eventos de su vida y sus enfermedades. De ello pudieron describir tanto una escala de readaptación social ante los sucesos de la vida, como una de estrés psicosocial que dichos momentos desencadenan.

Sin duda, la muerte es el destino de cada ser vivo, y se define como el término de la vida. Pero más allá de la perspectiva científica, la mayoría de las culturas han establecido una relación de temor con este evento. Puede ser incluso uno de los conceptos que más agobian al ser humano. Pensar en la muerte ocasiona en el hombre un sentimiento de perturbador, ya que ésta representa una amenaza contra la vida e instintivamente el ser humano reacciona con recelo ante el hecho de perderla. Para el mundo occidental esta forma de ver la muerte no ha cambiado su naturaleza, la muerte nos envuelve a todos, con escasas diferencias, en un ambiente de tristeza. No obstante, no para todos la muerte es sinónimo de tristeza, si existen diferentes perspectivas en torno a ella.

Por ejemplo, el culto a la muerte es uno de los elementos esenciales de la religión de los antiguos mexicanos. El mexicano se enfrentaba a ella de manera muy particular, no representaba sufrimiento o castigo alguno (y aún existen pueblos que rescatan parte de esa tradición): la muerte no como el fin de la existencia, sino el camino de transición hacia algo mejor, el mundo de los dioses, la vida y la muerte, la sombra y la luz representados a través de Tezcatlipoca y Quetzalcóatl.

Y aunque en los tiempos actuales esta creencia ha sido mezclada con algunas otras ideas de sufrimiento, dolor, negación; y ante la imposibilidad de ignorarla, forma parte de la vida cotidiana, incluso del arte. Para algunos es difícil entender costumbres mexicanas, como el festejo del 1 y 2 de noviembre, en que se recuerda a los fallecidos colocando en un altar su foto, su comida favorita y muchos otros detalles. Rituales como colocar la cruz de cal en el lugar donde se veló el cadáver y levantarla a los nueve días; los rezos y misas de las que se acompaña el proceso de duelo y cuyo fin (directa y algunas veces indirectamente) es ayudarse a elaborar la pérdida de la persona que se fue, son incomprensibles para algunos y reproducidos por otros.

Para la religión Cristiana, la muerte es concebida como una recompensa, como el entrar en el reino de Dios y estar a su lado por toda la eternidad hasta el día del juicio final. De igual manera, para la religión Judía, por medio de la Kabaláh, ve la muerte como la manera de cruzar el umbral que separa dos dimensiones, la física y la metafísica o espiritual.

Pauline Boss (2001), se preguntó por estas diferencias encontradas respecto a la manera en la que diversos sujetos transitaban por el proceso de duelo ante una pérdida. Descubrió que los valores y creencias específicos de cada cultura, cualquiera que sea su origen, resultan de gran utilidad para suavizar la necesidad de solucionar una pérdida. Ello evita que de alguna u otra forma las personas se derrumben al vivir un suceso de este tipo, por ejemplo, algunas tribus norteamericanas conciben a la vida como un misterioso destino inapelable al que

hay que entregarse voluntariamente, el hacer frente a enfermedades degenerativas propias del ciclo vital es vivido con una gran aceptación por las personas de estas tribus anashinabes.

Por lo contrario, para la mayor parte de la cultura estadounidense y en general en la cultura occidental, se espera un control total sobre el destino, el mundo y los resultados de todo lo que se hace. Esta creencia es causante de mucha angustia ante un problema insoluble como las llamadas pérdidas ambiguas (cuando la persona querida esta ausente físicamente, pero presente psicológicamente, o viceversa).

Lo mismo ocurre entre culturas que entre géneros. Un marido y su esposa pueden responder de distinta manera ante la pérdida de un hijo. Sexos y generaciones diferentes, difieren muchas veces en su forma de interpretar una pérdida (op. cit., Boss, 2001).

No se puede negar que las diferencias de género, en el afrontamiento del duelo, son un factor definitorio. Se deben tomar en cuenta los estudios que advierten cómo el género mediatiza el mundo emocional, sobre todo en la infancia y adolescencia; esa íntima relación de los sentimientos de tristeza y el género, entre adaptación y género, entre otros (Siverio y García, 2007).

Ese asunto podría explicarse, según Fernández (1996), porque cuando se utiliza la palabra género se está haciendo referencia a aquellas características consideradas socialmente apropiadas para mujeres y varones dentro de cada sociedad determinada, sumado a ello, como lo describe el mismo autor: “los mitos acerca de las diferencias entre varones y mujeres forman la estructura básica que sostiene históricamente el conjunto de representaciones sobre las relaciones entre los sexos, impregnando el imaginario personal y social” (p. 253).

Si bien es cierto que la cultura provee a cada persona con una serie de ejes, parámetros y rituales en su conducta ante el duelo, su individualidad tiene también un porcentaje determinante en la manera en que se vivirá este proceso.

2.5 El proceso de duelo: Estadios

Actualmente se cuenta con abundante y fiable información respecto a cómo los adultos responden a una pérdida importante de un ser querido. El individuo necesita aceptar la realidad, intelectual y emocionalmente, para lograr una adaptación. Muchas veces se admite que este proceso comienza con tristeza, temor, angustia e ira, seguidos de dolor y desesperación, y en caso de resolverlo adecuadamente se terminará con confianza y esperanza renovadas.

En la siguiente tabla se enumeran los principales estadios de un duelo citados en trabajos de autores como Goldbeter (2003), Savage (1992), Cohen y Ahearn (1989).

Tabla 3. Los estadios o fases del duelo propuestos por diversos autores

AUTOR Y AÑO	ESTADIOS o FASES
Bowlby (1961)	Embotamiento Anhelo y búsqueda Desorganización Reorganización
Kübler-Ross (1969)	Negación Depresión Cólera Reajuste Aceptación

Kavanaugh (1972)	Shock y negación Desorganización Emociones violentas Culpabilidad Pérdida y soledad Alivio Restablecimiento
Horowitz (1976)	Protesta y negación Intrusión Obtención Conclusión
Davison (1979)	Shock e insensibilidad Búsqueda y ansiedad Desorientación Reorganización
Echeburúa (2004)	Shock o parálisis Dolor y alivio Resentimiento Recuerdo

De los autores numerados en la tabla 3, John Bowlby fue uno de los primeros interesados en describir estas etapas desde una perspectiva psicológica, y lo hace de la siguiente manera (Bowlby, 1986):

1) Fase de embotamiento o shock. Es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación de la pérdida. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

2) Fase de anhelo y búsqueda. Es un periodo de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido, además de una sensación frecuente de que aún esta presente o que ha vuelto manifestándose con sonidos y señales. Puede durar un par de meses o incluso años de una forma atenuada.

3) Fase de desorganización y desesperanza. En la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

4) Fase de reorganización. Es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona pérdida.

En 1971, Bowlby promovió el análisis del duelo a una perspectiva interpersonal a partir de una individual, y la idea de que el impacto de la pérdida puede ser aminorada al formar afectos sustitutos, así como la idea de que la depresión asociada al duelo puede tener una función adaptativa a pesar de la angustia que genera al doliente.

Por su parte, Elizabeth Kübler-Ross (1975, cit. en Rage, 1997) desarrolla su propia propuesta de una serie de etapas por las que transita el individuo que esta a punto de sufrir su propia muerte (duelo), etapas que de igual manera pueden formar parte del proceso de los deudos de esta persona, y lo hace de la siguiente manera:

1) Etapa de la negación. Los mecanismos del propio ser intentan negar el suceso para mitigar el impacto de la realidad. Las relaciones sociales tienen un papel primordial en esta etapa, ya que pueden ayudar a quien sufrirá o sufre una pérdida a la aceptación de la muerte. Se manifiestan entonces sentimientos de negación y autodecepción en el mismo momento.

2) Etapa del coraje o enojo. Al comenzar a aceptar la pérdida inminente se reemplaza a la negación por el enojo. Este enojo puede ser manifestado hacia los mismos médicos, cuidadores, amigos, entre otros, sin más motivo que expresar los sentimientos reprimidos.

3) Etapa del pacto. Se intenta por todos los medios retrasar la pérdida o la muerte, acudiendo a cualquier medio que les otorgue alguna esperanza.

4) Etapa de la depresión. En respuesta al miedo y preocupación por la familia que se queda, así como las consecuencias económicas, incluso físicas de su situación.

5) Etapa de la aceptación. Si se ha transitado de la manera ideal por las anteriores etapas, llegará un momento en el que ni la depresión ni el coraje sean parte de los sentimientos del individuo. Para este momento, se deben haber expresado ya los resentimientos y temores para ser capaces de aceptar con mayor facilidad su propia muerte.

Gracias al conocimiento de las etapas antes descritas, es que disciplinas como la Psicología o la Tanatología han construido modelos de intervención y apoyo a quienes por ellas transitan, con el fin de dirigirlo y procurarlo hacia un término lo más adecuado y funcionalmente posible para el doliente.

Una vez conocidas las definiciones de duelo propuestas por los más distinguidos autores e instituciones, esto es: el duelo como proceso normal, dinámico y activo; a lo largo de este capítulo se retomaron aspectos importantes que influyen en la

manera en que cada individuo actúa ante alguna pérdida, entre ellos, la cultura y el género, sin perder de vista que este proceso está conformado por dimensiones individuales, familiares y sociales.

Finalmente, se describieron las concepciones, desde el punto de vista de especialistas, acerca de un duelo normal y un duelo patológico, y las teorías más importantes escritas sobre los estadios de este proceso. Teorías que, a pesar de haber sido concebidas por distintos autores en distintas épocas, comparten rasgos comunes entre ellas, lo cual ha permitido a los interesados en la salud mental, trabajar bajo un modelo en el que se especifican las etapas por las que la mayoría de las personas transitan después de sufrir una pérdida.

CAPITULO 3

PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO POR DIVERSOS SUCESOS

Una vez que en el capítulo 1 se han examinado las diferencias entre crisis circunstanciales y crisis de desarrollo, y en el capítulo 2 se han enlistado las principales definiciones y características de un duelo, se puede analizar ahora la manera en que algunas de esas crisis circunstanciales afectan el equilibrio de quienes las experimentan y la manera en que desencadenan su propio duelo.

El presente capítulo está dedicado a explicar algunos de los duelos que acarrea perder a un ser querido, ya que, si bien el estudio de la muerte ha preocupado al hombre en todos los tiempos, también es cierto que se podrían enlistar un amplio número de otras pérdidas a las que las personas están sometidas en su cotidianeidad. Se debe tener presente que no solo la muerte de alguien desata un duelo, también existen otras como la pérdida de poder, pérdida de la libertad, pérdida de la salud, pérdida de la pareja, y muchas más.

3.1 La pérdida certera: la muerte

El duelo por la muerte de un ser querido es uno de los duelos más estudiados, y quizá la referencia para el estudio del resto de ellos. Existe incluso una disciplina cuya labor consiste en procurar el bien morir: la Tanatología. Esta ha aportado investigaciones en torno al acompañamiento e intervención en casos de situación hospitalaria estudiando las necesidades de los usuarios y las circunstancias que acompañan a la muerte. Según el Instituto Mexicano de Tanatología (2008), los componentes del proceso de sanación del duelo comprenden la transición y superación de sentimientos como son:

1. La Pena. El dolor que lleva a las personas a estar emocionalmente desequilibradas.
2. El Luto. Que serían los rituales sociales que permiten dar salida al sufrimiento.
3. La Aflicción. Que es todo lo que hace al doliente recordar que se encuentra en duelo.

Como se ha venido describiendo en capítulos anteriores, la intensidad del dolor por el que se atraviesa ante la muerte de algún ser querido depende en gran medida de quién haya sido la persona que falleció (la madre, el padre, la pareja, un hijo, un amigo), así como de las circunstancias en las que se dio la muerte (muerte súbita, accidental, neonatal, suicidio) y las condiciones sociales y de género de la persona que vive el duelo (ser el padre, la madre, parientes).

Las reacciones psicosociales y en la estructura del pensamiento en torno a una pérdida, pueden deber sus efectos a otros factores como:

- La etapa de desarrollo del doliente.
- El medio ambiente.
- Las experiencias pasadas durante la vida.
- La actitud de los padres ante situaciones similares.
- El concepto de enfermedad y muerte.
- Actitud hacia los médicos.
- La religión.
- Estado de salud del doliente, entre otros (Gutiérrez, 1993).

En cuanto a la etapa de vida en que se encuentra el doliente, es importante tomar en cuenta que los niños conciben la muerte según la evolución de su desarrollo: a menor conciencia, menor dolor y viceversa, a mayor conciencia, mayor dolor. El duelo sano en los infantes implica las mismas reacciones que ya se describieron para el duelo sano de un adulto, sin embargo, resulta interesante saber que:

- 1) Antes de los 6 años no se tiene una conciencia de que la muerte es irreversible, inicia apenas el interés por el tema. No se reacciona a la muerte con tristeza.
- 2) Es aproximadamente a los 10 años cuando se tiene un concepto claro de muerte como algo irreversible, universal e inevitable, aunque se ve como un hecho lejano.

Normalmente se considera que las muertes más dolorosas a las que se enfrenta cualquier persona, son la muerte de un hijo o la muerte de la pareja. La muerte de

un niño supone culturalmente un suceso de *horror*, puesto que un niño tiene toda la vida por delante. Sin embargo, aunque el ciclo de la vida que supone el nacimiento seguido del crecimiento, la reproducción y la muerte, a veces no se cumple, durante la infancia existe un elevado promedio de mortandad por diversas razones (IMT, 2008). La mortandad infantil ha sido un tema aparte por su importancia y trascendencia, un ejemplo de los trabajos más importantes respecto a ese tópico, son los realizados por Sherr (1992). Y así varios autores se dedican al estudio específico del duelo en la infancia.

A propósito de lo anterior, cabe mencionar que, como bien se cita en el mismo texto del IMT, según el censo del INEGI y la secretaría de salud, en el año 2005, las principales causas de mortalidad en México, fueron las siguientes:

Tabla 4. Principales causas de mortalidad en México durante de diversas etapas de la vida.

DE LA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA	DURANTE LA EDAD ADULTA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Afecciones originadas en el periodo perinatal. 2. Malformaciones del corazón. 3. Infecciones respiratorias e intestinales. 4. Anemia. 5. Accidentes de tráfico. 6. Leucemia. 7. Envenenamiento. 8. Agresiones 9. Caídas accidentales. 10. Desnutrición. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades del corazón. 2. Tumores malignos. 3. Diabetes mellitus. 4. Accidentes. 5. Enfermedad cerebrovascular. 6. Cirrosis. 7. Influenza y neumonía. 8. Afecciones perinatales. 9. Homicidio. 10. Nefritis y síndrome nefrótico.

Durante el ciclo vital del ser humano, se presentan frecuentemente crisis en la mitad de la vida y en la ancianidad debido a la pérdida de familiares, de seres queridos y amigos de la misma edad. Crisis que de no ser encausadas correctamente, pueden tener un desenlace fatal para quien las presenta, en otros de los casos se tratará de individuos deprimidos, desinteresados, que posteriormente encontrarán la resignación y tolerancia y aceptación de su edad y el enfrentamiento próximo con su propia muerte (Sánchez, 2002).

A simple vista parecería que la muerte se tratara de un asunto puramente biológico (es el aspecto que más resalta ante este tipo de eventos), sin embargo, es un fenómeno complejo en la estabilidad personal ya que la muerte, al ser irreversible e incierta, es motivo de angustia y rechazo para algunos. Existe gran diversidad de posiciones ante la muerte, desde los vitalistas hasta los espiritualistas, los existencialistas, atravesando por una gran variedad de perspectivas. La realidad es que vida y muerte pertenecen al ciclo de la existencia aunque el deseo de seguir adelante y no morir permanece en cada uno de los seres vivos (op. cit., Sánchez, 2002).

3.2 Pérdida de un ser querido ante el divorcio

Tomando en cuenta que el divorcio es, entre otros temas, una problemática social que va en ascenso, sería importante introducirnos a este apartado contemplando algunas cifras respecto a este. Según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en 2006 por cada 100 enlaces realizados en el país, hubo 12.3 divorcios; en el año 2000 la relación fue de 7.4 y en 1971 de 3.2.

Para el año 2006, quince entidades federativas superan la proporción nacional, las que presentan los valores más altos son: Baja California (29.9 divorcios por cada 100 matrimonios), Chihuahua (26.4) y Colima (23.6); en contraste, las proporciones menores se registran en Oaxaca (2.3), Tlaxcala (2.8) y Guerrero (5.1).

Las causas que llevan a una pareja al divorcio pueden ser diversas: adulterio, abandono de la pareja, adicciones de uno de los miembros, la inmadurez de los cónyuges al momento de contraer nupcias, trastornos emocionales (Urdaneta, 1994) conflictos con la adopción del papel dominante o adaptativo dentro de la relación, o una distancia emocional entre esposos (Bowen, 1978, cit. en Rage, 1997) entre otras. Las consecuencias serán las mismas: vivir el proceso de duelo.

Todo aquel que ha tenido algún pariente cercano en situación de divorcio puede tener una idea de la confusión y el dolor que eso produce. La parte abandonada siente la ruptura como destrucción de su hogar y su persona, un desequilibrio integral, ya que fuera como fuera la relación de pareja, era *algo* que se sentía como propio.

La idealización de las nuevas relaciones dentro de la vida matrimonial (esposa y esposo “para siempre”), el establecimiento de las comparaciones y argumentos negativos de lo que fue su relación, y la desvalorización de si mismo, dificultan la elaboración del duelo. La etapa de separación es un duelo y se necesita tiempo para superarla.

Hunt y Hunt (1979, cit. en Urdaneta, 1994), recopilaron más de 800 entrevistas con personas divorciadas, en las cuales se revelan claramente las manifestaciones de angustia y sensaciones de vacío, miedo a lo desconocido, desorientación, aturdimiento, soledad, entre otros sentimientos que tardan en desaparecer y que por supuesto crean en la persona intenso temor, inseguridad y desprotección

Urdaneta, añade que el proceso de superación del divorcio, tiene una durabilidad aproximada de dos años, tiempo durante el cual se transita desde la ambivalencia, hasta un nuevo funcionamiento familiar una vez lograda la elaboración del divorcio.

No se trata de un proceso individual. Como en otros casos de duelo por las pérdidas, incluye a la familia nuclear, la familia de origen, la familia extendida y amigos. Un ejemplo de esto son las reacciones en los padres de los cónyuges, algunos de ellos viven esta pérdida como suya, ya que a su vez pierden las ilusiones de -el gran matrimonio feliz-, y de hecho son aquellos abuelos implicados en la crianza y educación de los nietos quienes más frecuentemente buscan ayuda psicológica para los pequeños.

Ya que *el apego* es un fuerte vínculo afectivo que el ser humano establece desde temprana edad, y que para muchos autores es determinante en la organización de su personalidad, la separación de los padres, incluyendo el divorcio, es una situación que afecta, en mayor o menor grado, diferentes áreas del desenvolvimiento de quienes están involucrados en ella (Di Dominico, 2006).

Se fantasea una y otra vez por el pasado y el futuro de la pareja, porque el presente se vive como caótico y esta lleno de frustración. Probablemente, uno de los momentos más dramáticos es cuando uno de los miembros se va de la casa, es un momento de crisis en el que frecuentemente se crean o simulan situaciones familiares que obligan a la pareja a estar juntos de nuevo (accidentes, emergencias, enfermedades) como atenuantes o formas de negar una realidad dolorosa.

Cuando el matrimonio se vive como una guerra (op. cit., Urdaneta, 1994), como en toda guerra existirán 3 etapas: la tregua, la mediación y la adversidad. La tregua aparece como un periodo de calma para poder tolerar el proceso, luego, durante la segunda etapa, surge un personaje que trata de mediar y reconciliar la situación, y un tercer momento, generalmente conectado con el tema legal y económico, surge una vez que se establece legalmente el divorcio, y es clave para el equilibrio posterior de la familia.

Al proceso de divorcio se han relacionado ciertas etapas experimentadas en algún momento de este, según Bohanna (1979, cit. en Rage, 1997), son seis:

1. Divorcio emocional: implica la renuncia del objeto y la adquisición de una forma de luto al adquirir conciencia de la insatisfacción del matrimonio.
2. Divorcio legal: todo lo que corresponde al proceso desarrollado ante la ley.
3. Divorcio económico: dado que los objetos y elementos materiales tendrán que ser divididos.
4. Divorcio comunitario: al dejar de pertenecer a una comunidad conyugal e iniciar contacto con nuevas amistades.
5. Divorcio coparental: en tanto el progenitor que no obtiene la custodia legal, debe renunciar a influir directamente en la educación y conducta de los hijos.
6. Separación psíquica: al verse como autónomo y afrontar esta situación independientemente.

Durante el periodo inmediatamente posterior a la separación, la evolución de los miembros del sistema, especialmente de los hijos, depende de la cohesión y la flexibilidad de éste. Es decir, la familia debe mantenerse lo suficientemente ligada como para que los hijos no pierdan el sentimiento de pertenencia, y a la vez ser lo suficientemente flexible como para acomodarse ante los cambios. También es fundamental que las fronteras del subsistema parental se conserven y que los padres sostengan su jerarquía para poder continuar cumpliendo funciones nutricias y normativas (Orgilés, Espada y Méndez, 2008).

La causa central de trastornos en los niños con padres divorciados, es el estancamiento en alguna etapa del proceso de divorcio, que no permite construir y afianzar una nueva organización familiar viable ya que esto hace a todos los miembros más vulnerables al estrés y al estancamiento en sus vidas individuales.

Entre los estudios acerca del efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos, existen aún actualmente datos discordantes. Algunos datos demuestran que la ansiedad es una respuesta habitual de todo infante ante la separación de sus

progenitores. Otros estudiosos del tema no han encontrado diferencias entre niños cuyos padres se han separado y niños cuyos padres viven juntos (op. cit., Orgilés, Espada y Méndez, 2008).

En un estudio comparativo entre hijos de familias separadas por un divorcio y familias intactas disfuncionales, se observó que estos últimos sentían el mismo miedo a ser abandonados que los primeros pero culpaban más a los padres debido a la ambigüedad y angustia que esto representaba para ellos. En general, las dificultades de un duelo ante la separación conyugal, parecen estar relacionada con la culpa, la esperanza y ensoñación de la reunión familiar, la tristeza y el sentimiento de ser diferentes ante otros chicos. La ambivalencia se encuentra entre quienes sufren por las implicaciones de un divorcio, pero prefieren el alivio por no presenciar más peleas y poder disfrutar una relación más estrecha que antes con el padre no conviviente.

La resolución favorable de la crisis que provoca un divorcio en relación a los hijos, está estrechamente ligada a la capacidad de los padres para generar acuerdos juntos. Al respecto, se ha observado que:

- Si los padres logran acuerdos respecto a los hijos desde los primeros momentos de la separación, los hijos logran una mayor competencia social.
- Los acuerdos sobre regímenes de visitas, preservan la salud mental de los hijos; los hijos con mayor competencia social son los que contaron con visitas acordadas desde el principio, siendo más importante la estabilidad en dichos encuentros con el padre no conviviente que su frecuencia.
- Lo primordial es el no abandono de los hijos. Cada uno de los progenitores debe dedicar y cubrir su rol de manera adecuada.

Si bien el sufrimiento que el divorcio genera en los hijos es inevitable y deja secuelas que se han observado en todos los casos estudiados, muchos hijos de padres divorciados se siguen desarrollando normalmente. Atravesar la transición del divorcio sin consecuencias psicosociales graves, ha sido posible para

aproximadamente un tercio de los niños y adolescentes involucrados. La evolución del duelo por la separación de un matrimonio, como en otros casos de duelo, depende del tipo de arreglos interpersonales que se hayan desarrollado previamente dentro del sistema familiar y en el contexto social.

3.3 Culminación de un noviazgo

¿Será posible el amor y el odio por la misma persona? ¿la afirmación y negación de su pérdida? Se trata de situaciones cotidianas frente a la culminación de un noviazgo. La ambivalencia de sentimientos está ligada a la vivencia de duelos en el caso de separaciones por divorcio, en el caso de pérdidas materiales, entre otros (Urdaneta, 1994; Boss, 2001; Echeburúa, 2004).

Desde una perspectiva sociológica, la ambivalencia se deriva de mezclar los elementos cognitivos con los emocionales, por ejemplo entre las normas sociales y los conocimientos o el comportamiento aprendidos. Comúnmente se nos ha educado para encontrar una pareja con el fin de formar una familia, ver coartado ese objetivo (en el caso de una ruptura en el noviazgo o de un matrimonio) puede traer consigo la tristeza y desesperación que cualquier otra pérdida, aunque dentro de si se este consciente de que fue la mejor decisión.

El Instituto Mexicano de Tanatología (2008) desarrolla de la manera más sencilla y comprensible la posible respuesta al ¿Por qué? del sufrimiento después de perder a una pareja. Explica que, ciertamente, el deseo por algo o alguien es perfectamente aceptable, lo que resulta dañino es el deseo como un tipo de apego *inamovible y vital*, ya que dicho sentimiento no permite a las personas avanzar para recuperarse de una pérdida, lo que le lleva a la dependencia, el anhelo y temor de que ya no esté más y es así como parecería que: “el mundo está lleno de sufrimiento. La raíz del sufrimiento es el deseo. El remedio estaría entonces en desarraigar todo deseo” (p. 66).

Otra posible explicación al sufrimiento que acompaña a algunas pérdidas, se deriva del estudio de la teoría del apego. El comportamiento de apego es concebido como toda forma de conducta en la que un individuo mantiene proximidad con otro considerado más fuerte y/o más sabio (Bowlby, 1986). Particularmente, los patrones de comportamiento de apego dependen en parte de la edad, sexo y circunstancias presentes del individuo, pero también de las anteriores experiencias de su vida y figuras de apego correspondientes.

No es el momento de entrar de lleno a la descripción de la teoría del apego, es más bien necesario entender que ésta, en conjunto con la ambivalencia de sentimientos, provoca que todo ser humano sea impulsado por emociones de ira y odio tanto como por los de apego y amor, parte fundamental de la naturaleza humana.

Durante la formación, mantenimiento, ruptura o renovación de las relaciones de apego, surgen las más intensas emociones. Descritas como *amar* o *penar* por alguien, se trata de vínculos afectivos establecidos y tan arraigados, que una simple amenaza a la pérdida de la persona con quien se mantiene el apego, despierta ansiedad (op. cit., Bowlby, 1986).

Todo lo anterior podría resumirse en que la meta de las conductas de apego es mantener el vínculo afectivo con el objeto o persona en cuestión, y así cualquier situación que lo ponga en riesgo, dará lugar a reacciones intensas como gritar, agredir y llorar en defensa del objeto amado, para muestra basta observar dentro del plano de la cotidianidad, así se puede ser testigo de las emociones que despierta una relación amorosa.

3.4 Perder un ser querido por causa de alguna enfermedad

Ante la enfermedad, existen tres posibles caminos: los dos extremos que serían la recuperación o la muerte, y un tercero en el que dicha patología se transforma en lo denominado *enfermedad crónica*, y que esta ligado al camino de la

discapacidad o una fase terminal ya que estas enfermedades son incurables, como el SIDA, algunos tipos de cáncer y algunos tumores. En el caso de estas últimas, muchos no encuentran más que renunciar a la curación y dedicarse a aliviar los síntomas físicos y psicológicos.

Enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, diabetes mellitus, infecciones y sus secuelas, no son parte de las enfermedades terminales, pero sí de las crónicas degenerativas más comunes en la edad adulta.

Por otro lado, se encuentran las enfermedades neurológicas como las demencias, que si bien son llamadas de tipo degenerativo, causan también otro tipo de dolor. La ausencia psicológica puede ser tan devastadora como la física, en este tipo de pérdida se vive la ambigüedad dado que el ser querido está presente físicamente pero su mente no (Boss, 2001).

El dolor de que una madre o un esposo con Alzheimer deje de reconocer a su hija o a su pareja, hacen que cualquiera experimente una pérdida muy dura. Las familias de pacientes con Alzheimer a menudo están enfadados y tristes; enfadados por el trabajo que implican los cuidados de un paciente con esta enfermedad, y tristes porque están perdiendo a un ser querido, no conseguir la mínima comunicación con alguien con quien se ha convivido toda una vida puede ocasionar ambivalencia de sentimientos a la mejor de las personas.

Enfermedades como la ya mencionada, son capaces de quitarle la vida o la familia a alguien. El paciente pierde la capacidad de hacer incluso pequeñas tareas domésticas con éxito; de conversar, recordar momentos alegres y llenos de risas, o de tener buen humor frente a ciertas situaciones. A su vez, esta familia pierde a este miembro ya que, aunque existe la manera de relacionarse con él físicamente, sus recuerdos, su memoria e ideas no son las mismas, es como si esa persona hubiera muerto y hubiera otra en su lugar, así como lo comenta un paciente de Boss al interrogársele sobre su situación frente a la enfermedad de su padre.

En esos casos, el dolor se vive ya que las cosas no están funcionando como se tenían planeadas. Pocas personas pueden tolerar durante mucho tiempo una situación que no pueden controlar. El estrés es demasiado. Incluso los ritos religiosos para llorar una muerte se utilizan solo con aquellos que están definitivamente muertos, hay pocas ceremonias para consolar al deudo cuando un ser querido solo se ha marchado en parte (op. cit., Boss, 2001). Es por ello que, para que las familias cuiden de sus seres queridos que padecen una enfermedad crónica, necesitan ordenar las emociones que acompañan el trabajo de cuidadores en ese contexto de ambigüedad: el duelo.

Cuando se experimentan este tipo de pérdidas, se experimentan también pensamientos y sentimientos conflictivos, si bien es cierto que se teme la muerte de algún familiar enfermo o desahuciado, o alguien que ha desaparecido, también se desea que la situación tenga un cierre y un final.

De nuevo (como en el caso del divorcio, culminación de un noviazgo y familiares perdidos) se presenta el fenómeno de ambivalencia dirigido hacia los impulsos antagónicos del individuo, el conflicto entre los sentimientos positivos y negativos ante determinada persona o situación.

3.5 Pérdida de un ser querido por las adicciones

"Muerte lenta, encubierta y disfrazada de placeres fugaces, pero con muchas secuelas; una muerte propinada al cuerpo y al psiquismo; subintencionada, quizá deseada. De esto se trata la adicción" (IMT, 2008, p. 91).

Dentro de la teoría psicoanalítica como dentro de otras perspectivas de la psicología, se ha propuesto una explicación acerca de la motivación al consumo de sustancias: la existencia de un superyó excesivamente castigador y una fijación en la fase oral del desarrollo psicosexual. Incluso se ha llegado a sugerir que el uso de drogas tiene equivalente en la experiencia masturbatoria como manifestación de una defensa contra los impulsos homosexuales.

No menos conocida es la explicación que involucra la relación desequilibrada entre los instintos de vida y muerte (Eros y Tánatos), si el instinto de muerte predomina, los organismos tienden a un estado de inanimación, así el uso de sustancias podría estar ligado a una acción de un Tánatos predominante (IMT, 2008).

Tratar de explicar los trastornos adictivos, sin duda forma parte de un tema controversial. Existe actualmente una clasificación sobre los tipos de consumidores realizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) con el afán de comprender y sistematizar el tema, también se han creado decenas de hospitales e instituciones, como los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en México, incluso asociaciones religiosas y grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA) que trabajan en torno a la prevención del consumo, el apoyo y rehabilitación a las personas adictas.

Un adicto sufre por aquello que no ha realizado, por lo que no realizará y por lo que ha perdido al estar inmerso en esta enfermedad (sufrimiento ante una pérdida). La adicción es otra forma de morir, un tipo de suicidio lento, una pérdida para él que también incluye a quienes lo rodean (op. cit., IMT, 2008). Sea buscada o no, la muerte está relacionada con las adicciones de manera que coloca a aquella persona más cerca de este momento final. La depresión y algunos otros trastornos psiquiátricos y neurológicos son consecuencia de algunos tipos de adicción.

Tener cerca un paciente adicto o deprimido, puede ser doloroso para quienes lo rodean porque se sabe que está más cerca de la muerte, y porque como en el caso de las enfermedades crónicas, la ausencia física es común, la ausencia psicológica es cotidiana.

Cuando un ser querido enferma, no solamente la familia vive el duelo. El paciente experimenta pérdidas físicas (cambios degenerativos), sufre pérdidas en su medio social (rechazo de los otros por el deterioro) y en su interior (tranquilidad, estabilidad emocional, decisión, auto imagen).

Sumado a ello tiene que enfrentarse a que su discapacidad física estará acompañada de la pérdida de su libertad y dependencia (física, emocional y económica). Frente a lo anterior, la familia y la sociedad no siempre son un apoyo y el paciente termina por perder también sus lazos afectivos con quienes lo rodeaban.

Una enfermedad terminal ligada a las adicciones implica que en poco tiempo se llegará a la muerte y confronta al paciente con:

- La trascendencia de su ego.
- El esfuerzo por dejar huella.
- El aquí y ahora.
- Una revisión de la vida y significado de la existencia.
- Una crisis por la cual pueden aflorar situaciones no resueltas y reprimidas.
- Miedo.

Es por lo anterior que las adicciones son consideradas como una enfermedad (IMT, 2008), y por lo tanto merecen el apoyo y orientación que se prestan ante el duelo por la enfermedad.

3.6 Familiares perdidos

Eventos tan desafortunados como la desaparición repentina de algún miembro de la familia o incluso de personas de la misma comunidad, traen consigo la vivencia de un duelo ambiguo en apariencia.

El tráfico de niños y niñas es un tema polémico y de interés entre las organizaciones mundiales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la

Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

El tráfico de niños para su explotación sexual o laboral, se ha venido dando desde hace muchos años, sin embargo, según la OIT en su Programa para la Erradicación del Trabajo Infantil publicado en el año 2003, la oferta y demanda actuales del sistema político y educativo han contribuido en gran medida a la migración voluntaria u obligada de niños en varios países del mundo.

Respecto a la desaparición repentina de individuos, cualquiera que sean las causas (en la mayoría de los casos no llegan a saberse nunca), es notorio que muchas personas que formaban parte de su sistema familiar y social necesitan la experiencia concreta de ver el cuerpo de un ser querido que ha fallecido, porque eso hace que la pérdida sea real, palpable. Muchas familias de personas desaparecidas no encuentran nunca esa comprobación de la muerte al no conseguir el cuerpo físico de aquella persona, y se encuentran en medio de un conflicto entre la presencia psicológica y ausencia física de alguien (Boss, 2001).

Muchas de estas personas conservan aún la presencia simbólica del esposo, la esposa o el hijo desaparecidos, algunas veces esto les ayuda a tranquilizar y despejar la mente como parte del proceso de adaptación, otras veces sin embargo, entorpece dicho paso. Hay quienes encuentran finalmente el modo de adaptarse a aquella pérdida ambigua de su familia y hay quienes no: “La curación, necesita cierta dosis de claridad. Sólo cuando las cosas se enderezan (los cuerpos aparecen, los oficios religiosos se celebran y el duelo queda validado por una comunidad más amplia) las personas pueden dar reposo a sus pérdidas” (op. cit., Boss, 2001, p. 37).

3.7 El secuestro de alguna persona querida

Igual que quienes pierden a sus seres queridos en alguna guerra, conflictos políticos o quienes sufren la desaparición repentina de algún familiar, las víctimas

secundarias de sucesos de este tipo tal vez nunca alcancen la certeza de una muerte ya que en un gran número de casos la víctima no regresa y no se vuelve a saber de los secuestradores; en esos casos la incertidumbre es persistente por no tener un cuerpo del cual despedirse o poder realizarle un rito como parte de la vivencia del duelo. La diferencia entre estos casos radicaría en el grado de incertidumbre y en la interpretación que se le da a la ausencia en cada uno.

En un vistazo hacia las víctimas primarias de un suceso de este tipo (el secuestrado), es evidente que ésta vive su propio duelo durante y después de esta desafortunada experiencia. Respecto a ello, se tiene información acerca de la evolución psicológica de personas secuestradas, quienes pueden atravesar diversas fases durante la privación de su libertad:

- La primera reacción suele ser de conmoción emocional, pánico ante el temor a la muerte e incertidumbre.
- Lo anterior acompañado por el odio e ira contra los secuestradores.
- El estar indefenso puede llevar a la víctima a la resignación del cautiverio como una manera de “amortiguar” la experiencia, sin embargo, no se pierde nunca el estrés por la familia.
- La relación con los secuestradores oscila entre el rencor o desprecio hasta la indiferencia. Aun así, el comportamiento de estos llega a quebrantar cualquier estrategia de afrontamiento del secuestrado y produce en él sentimientos de culpa incluso de temor de perder la vida al ser liberado. En casos extremos, esto produce una cierta simpatía con el secuestrador, conocido como síndrome de Estocolmo (Echeburúa, 2004).

La salud de la víctima al momento del delito, su capacidad de adaptación, su estabilidad emocional previa al secuestro, la duración del secuestro y las condiciones y tratos de reclusión, son factores determinantes en la manera de responder de quien ha vivido esta experiencia. Pero entre las derivaciones psicológicas más comunes se pueden numerar, desde la ansiedad extrema,

depresión, alucinaciones, pesadillas, insomnio, temor a los espacios cerrados y apatía por la vida, entre otras (op. cit., Echeburúa, 2004).

Para una gran cantidad de personas, ha sido posible readaptarse a la vida después de un secuestro, sin embargo el duelo por la pérdida de la libertad en aquel momento, se agrava al regresar a la realidad, cuando la misma familia ha sufrido sus propias pérdidas (económicas, de salud, entre otras), y por las autoverbalizaciones negativas acerca de el suceso en sí y sus consecuencias personales y sociales.

Es por eso que es tan importante el tratamiento psicológico a víctimas de estos sucesos y sus familias, quienes han tenido la fortuna de sobrevivir a ello, pueden no ser capaces de enfrentarse a la nueva realidad de manera asertiva.

3.8 Pérdida de un ser querido debido a la migración

En las familias inmigrantes, los dos tipos de pérdida ambigua: la psicológica y la física, pueden ocurrir simultáneamente entre los que se van y los que se quedan (Boss, 2001). Según González (2005), las familias deben encontrar su propia manera de enfrentarse a la pérdida de quienes formaban parte de su comunidad, y comenzar a adaptarse a un nuevo modo de vida. El proceso puede darse de dos maneras:

El duelo migratorio puede resultar *simple*: es el menos común y aparece cuando la migración se realiza en buenas condiciones para la persona, es decir, si esta se encuentra con un entorno que lo acoge y le facilita la inclusión y el desarrollo del proyecto migratorio (encontrar trabajo, vivienda, red social).

O más frecuentemente el duelo es un *duelo complicado* donde la conjunción de circunstancias sociales y personales dificulta la elaboración de las pérdidas. Este último tipo de duelo, es el que puede poner en peligro la salud mental de la persona desplazada, pudiendo llegar a desarrollar el llamado Síndrome de Ulises,

cuya característica principal es el estrés crónico asociado a la asimilación de la situación real (una vez transcurridos los primeros momentos de novedad del país receptor), y cuyos principales factores precipitantes son: la soledad (por no estar junto a su familia), el sentimiento de fracaso (cuando la situación laboral y nivel social no son beneficiosos), el miedo (provocado por la incertidumbre y el comienzo de nuevos vínculos sociales), y la lucha por sobrevivir. Este tipo de estrés crónico y múltiple contribuye a acelerar o desarrollar ciertas patologías en quienes lo experimentan.

El proceso migratorio es un cambio muy drástico. Todos los cambios están llenos de ganancias y pérdidas, de riesgos y beneficios, es por eso que integrar las pérdidas requiere un proceso de reorganización interna. Este proceso de reorganización (duelo) no se resuelve sólo con un buen trabajo y una situación legal estable, aunque si los beneficios superan las pérdidas, el duelo resulta menos dificultoso, al parecer se reducen sus sufrimientos con el aumento de los logros alcanzados (González, 2005).

En ocasiones, el inmigrante sobredimensiona e idealiza el país de origen cultivando una forma errónea de nostalgia como refugio y resistencia protectora frente a las agresiones del nuevo medio. No se trata de una conservación de las raíces, sino que el nostálgico retrasa la reestructuración de su nueva vida cuanto más prolonga sus duelos (duelo patológico).

El duelo migratorio no es un tipo de duelo único, cada persona lo vive de manera distinta; influyen muchos factores, por ejemplo, los recursos personales de cada cual, las redes sociales de apoyo, el nivel de integración social, las condiciones de vida y las condiciones dejadas atrás.

Dentro de este encuadre, un duelo migratorio sería un tipo de duelo parcial o ambiguo, en tanto que el *objeto* de la pérdida no desaparece como tal y para siempre sino que existe la posibilidad de reencuentro, al contrario de lo que ocurre

con el duelo total, en el que el objeto de la pérdida desaparece para siempre y no hay posibilidad de que vuelva, no hay opción al reencuentro.

González (2005) señala también que las pérdidas ante la inmigración no son sino un proceso parcial (en tanto que el objeto de la pérdida no desaparece como tal y para siempre sino se encuentra abierta la posibilidad de reencuentro), recurrente (ya que el contacto telefónico o encuentros esporádicos posiblemente reactiven el proceso), múltiple (se pierden muchas cosas a la vez, por ejemplo amigos, familia, el idioma, la cultura, el nivel social).

Para Boss, estos casos se tratarían de pérdidas ambiguas, ya que el objeto del duelo (el país de origen) no desaparece, no se pierde propiamente para el individuo, pues permanece donde estaba y es posible contactarlo e incluso volver a él. Se trataría más de una separación que de una pérdida definitiva en sí misma. Realmente el duelo migratorio es una separación en el tiempo y el espacio del país de origen donde (según las circunstancias) cabe la posibilidad del reencuentro temporal o definitivo.

Sumado a lo anterior, el duelo migratorio no solo lo sufre quien emigra, evidentemente es vivido por quienes se quedan en espera de aquel miembro que se va. La familia o amigos viven la separación de manera dolorosa donde la ilusión de ver a aquel miembro regresar prolonga el duelo.

3.9 Otras pérdidas

Las pérdidas ambiguas no resultan solo de las enfermedades o la migración, también de las despedidas poco claras de la vida cotidiana, ejemplo de ello pueden numerarse:

La preocupación excesiva por el trabajo (Boss, 2001). Esa persona deja de estar disponible para los demás (ausencia psicológica) y esta falta de disponibilidad

resulta estresante para la familia con la que ya no se están alimentando los lazos físicos o psicológicos.

Padres autoritarios (op. cit., Boss, 2001). El padre o madre están presentes físicamente pero permanecen distantes, alejados de las necesidades de la pareja e hijos. Generalmente se trata de personas incapaces de hablar y relacionarse libremente sin amenazas o abuso.

La adopción (op. cit., Boss, 2001). Al tomar por suyo a un pequeño que biológicamente no es suyo, incluso en la contraparte, al entregar a otro el hijo que biológicamente se ha tenido, genera cierta ambigüedad de pensamientos en ambas partes. Se piensa en aquellos que no están presentes físicamente y con ello se hacen presentes psicológicamente en la familia ¿en donde se encontrará? ¿Quién será? Son preguntas que pueden terminar por ser estresantes.

Catástrofes naturales (Cohen y Ahearn, 1989). Una catástrofe causa diversos tipos y grados de pérdidas personales como resultado de muerte, lesiones, desempleo o destrucción de bienes materiales. Es así como un damnificado que ha perdido de repente uno o algunos vínculos íntimos y significativos (como la pérdida de seguridad, sus recuerdos valiosos o su comunidad, o la pérdida de su empleo) experimenta un proceso de duelo muy parecido al que ocurre frente a la muerte de alguien cercano.

Todas las personas viven pérdidas, algunas certeras, algunas otras ambiguas, incluso pérdidas como el término de la infancia, de la juventud, la separación de seres queridos o la no realización de metas, planes e ilusiones, y ante todas éstas, el duelo es una respuesta esperable y normal, incluso podría decirse que es una experiencia de carácter universal, el problema deviene cuando no se maneja adecuadamente, o no se cuenta con los recursos sociales y personales necesarios para enfrentarlo.

CAPÍTULO 4

¿CÓMO SOBRELLEVAR UNA PÉRDIDA?

Acercarnos a los fenómenos que nos rodean (y en el caso de las pérdidas modifican nuestras vidas) es el primer paso para entenderlos; lo que viene después es analizar, comprender, valorar y comenzar a disminuir, con acciones preventivas, el impacto que esos fenómenos tienen sobre la vida de los seres humanos. A nivel científico, la psicología propone algunas alternativas para mejorar la calidad de vida del individuo, el presente trabajo persigue aportar información que contribuya a la construcción de dicho proceso.

En este último capítulo, se numeran y describen los recursos más utilizados en la actualidad por los expertos en el tema de los duelos, para el tratamiento y consejería en el proceso de duelo.

4.1 Modalidades y recursos terapéuticos en apoyo al proceso

Sería difícil enlistar ahora todas las técnicas terapéuticas que han sido efectivas en la terapia para sobrellevar una crisis o una pérdida, pero si se pueden mencionar entre las más importantes: el afecto inducido (encaminado a la liberación de las emociones de pacientes víctimas en un incidente traumático), el entrenamiento en relajación, desensibilización y entrenamiento de habilidades sociales, biblioterapia, cuidado de la dieta y nutrición, ensayo del comportamiento, hipnosis, implosión, modelamiento, entre otras.

El primer contacto del psicólogo con las personas que han sufrido una pérdida, o se encuentran en un momento inmediato a la crisis, es de suma importancia. Las primeras sesiones se centran en la búsqueda del alivio inmediato de los síntomas primarios y en el restablecimiento del equilibrio emocional, seguido del entrenamiento en habilidades para enfrentar crisis futuras, lo anterior se ha conocido desde la perspectiva psicológica como *intervención en crisis*.

El trabajo del psicólogo en este rubro es muy amplio, abarca desde el tratamiento y el apoyo ante el creciente número de divorcios, enfermedades crónicas degenerativas, adicciones; hasta la intervención psicológica en catástrofes naturales y guerras de los últimos años, el apoyo terapéutico para la familia de las personas sujetas al proceso de migración o a secuestros, entre muchas otras situaciones.

Aprender nuevas habilidades, estrategias de afrontamiento sanas, y el transcurrir del tiempo, son elementos esenciales para hacer frente adecuadamente a una situación de pérdida (Boss, 2001 y Echeburúa, 2004).

Pérez Trenado (1999, cit. en Echeburúa, 2004), refiere que las fases para superar el duelo implican aceptar la realidad de la pérdida y de la irreversibilidad de la muerte, experimentar los sentimientos negativos que están ligados a este hecho y dar expresión al dolor producido por la pérdida, así como replantear los recuerdos de aquel ser querido y seguir la vida sin él.

Para Sánchez (2001, p. 23), el duelo finaliza cuando:

...la persona es capaz de hablar del fallecido sin el dolor que sacude todo el ser... de pensar en él sin manifestaciones físicas como llanto... alteraciones del sueño u opresión en el pecho y cuando el superviviente es capaz de invertir sus energías y sus afectos en nuevas relaciones aceptando los retos que la vida le plantee...

Estos y otros autores incluyen en un listado de facilitadores para la recuperación después de una pérdida, elementos como:

- *Compartir la experiencia ya sea escribiendo o hablando.*

Por una parte, muchas personas necesitan reconocer y tratar los sentimientos asociados con la situación de duelo como es el dolor, de no ser así estas emociones podrían ser precursoras de síntomas físicos y conductas disfuncionales

futuras para el paciente. Por otro lado, en el afán de algunos por no hacer que algún individuo reviva la pérdida, se llega a minimizar la situación, lo cual no favorece el alivio de esta etapa. Algunos estudios como el de Ávia (1998, cit. en Sánchez, 2001), demuestran que para algunos, hablar sobre una experiencia traumática tiene verdaderos efectos beneficiosos para la propia salud mental y física, aunque por supuesto, no funciona igual para todos.

- *Establecer nuevas relaciones y metas en la vida.*

Como lo expresa este mismo autor: “en cierto sentido, el duelo no se acaba nunca, y al ser querido que falleció no lo olvidaremos del todo” (p. 41). Readaptarse a la vida social también necesita de reactivar la vida diaria sin el recuerdo del ser que ya no está. Las nuevas relaciones incluso contribuyen a que la persona se sienta útil a otros y observarse a si mismo capaces de sentirse liberados de angustia y ansiedad por lo vivido.

- *Recuperar la confianza y autoestima.*

Lo anterior implica dirigir el esfuerzo (ya sea del terapeuta o de la familia del doliente) a que redescubran (o descubra) las potencialidades, habilidades y energías que posee para enfrentar esta y otras situaciones de la vida.

- *La resignación y el consuelo religioso, así como el apoyo emocional también contribuyen a acelerar este proceso de superación.*

La relación de ayuda y la fe, pueden enfocarse (para quienes así lo han aprendido o en ello confían) hacia el logro de una estabilidad emocional y a recuperar la esperanza para seguir viviendo. La espiritualidad es algo particular cuyos ritos, valores, prácticas y tradiciones pueden influir positivamente en este proceso.

- Respecto a superar un divorcio: *abandonar la definición absoluta y conocida de la familia con todos los valores y creencias asociados a ello y reconocer a los miembros (nuevos o antiguos) que forman parte de ella.*

Por el contrario, el duelo no se ha superado adecuadamente cuando:

- *Se niega el hecho, el significado o la irreversibilidad de la pérdida (de manera que se narra ver a los parientes desaparecidos, conservar la habitación del difunto intacta, entre otros detalles).*
- *Se sigue anclado a los recuerdos de lo sucedido de manera excesiva.*
- *Se realimenta el dolor con actitudes como acudir continuamente al cementerio u observando fotos del familiar fallecido.*
- *Se mantienen sentimientos de culpa e ira hacia terceras personas o hacia uno mismo por la pérdida.*

De igual manera, alentar sentimientos de odio o venganza, implicarse en procesos delictivos, beber alcohol en exceso, refugiarse en el trabajo, evitar relacionarse con otras personas, constituyen señales de un desarrollo de duelo poco asertivo y funcional (Echeburúa, 2004).

4.2. Evaluación clínica, técnicas y recursos terapéuticos

Existen en la actualidad técnicas cuya eficiencia ha sido comprobada en la intervención en crisis y la psicoterapia en general (Slaikeu, 1996). Tomando en cuenta que transitar por un duelo forma parte de esta cotidianeidad de la vida ante las pérdidas, podría afirmarse que es fundamental conocer las técnicas propuestas para el tratamiento o terapia de apoyo al proceso de duelo.

No obstante, un verdadero diagnóstico debe estar basado en la exhaustiva evaluación previa de un experto y una cuidadosa elección de las técnicas que cada paciente puede o no llevar a cabo. Durante la evaluación, es importante dirigir la atención al grado de malestar generado por el acontecimiento crítico o traumático, así como el grado de inadaptación y factores estresantes que afectan

al equilibrio del individuo actualmente. Para ello existen instrumentos adaptados a ciertas poblaciones, o para años más recientes, encaminados a la sistematización de conductas y rasgos relacionados con problemas derivados de una crisis, tal como el Inventario de ansiedad estado-rasgo STAI (de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de depresión BDI (de Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) o la Escala de inadaptación (de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), por citar algunos de ellos.

Gutiérrez (1993), en su análisis acerca de la terapia familiar sistémica, le atribuye a ésta cualidades por las que puede fungir como funcional en el apoyo psicológico a la familia ante la muerte de uno de sus miembros.

Otra modalidad de terapia utilizada en intervención en crisis y atención a personas después de sucesos violentos, es la *Terapia breve, intensiva y de urgencia*. Basada en un enfoque mayormente psicoanalítico, atiende el impacto de una experiencia catastrófica explorando el significado de su situación dentro del contexto de su vida anterior, pues según Bellak (cit. en Sarabia y Hernández, 2001), eso afecta directamente el impacto de las experiencias actuales. Sin embargo, el papel del psicólogo al utilizar esta terapia, es enfocarse en trabajar sobre la crisis específica.

En el caso de las terapias familiares, es entendible que cada familia tiene una estructura dinámica, es un sistema organizado con sus propias leyes y el objeto de la terapia es reconstruir ese fenómeno para poder descubrir sus leyes de funcionamiento, identificando los esquemas fundamentales que permitan formular las leyes generales para establecer las correlaciones estructurales que correspondan (Gutiérrez, 1993).

Gutiérrez considera relevante tomar como base para la terapia sistémica el trabajo del grupo de Milán realizado por tres o cuatro terapeutas en conjunto, terapia en la que participan todos los miembros del sistema, y que básicamente consta en:

- Atender los requerimientos del paciente de acuerdo a los datos explícitos e implícitos recabados desde el primer contacto.
- Profundizar sobre el problema y los sentimientos con los que se presentan, mediante el cuestionamiento del síntoma, y el estado de la estructura y realidad familiar.
- Profundizar también acerca de los mitos que circulan dentro de este sistema al respecto de la muerte.

Rituales, la técnica de la escultura, la técnica de complementariedad y reestructuración, la técnica de realidades, el uso de paradojas y directivas, así como la de construcciones (Gutiérrez, 1993), son algunas de las técnicas más utilizadas en esta modalidad de terapia.

Por otra parte, autores como Vargas (1993), y Echeburúa (2004) proponen la Terapia Racional emotiva como una alternativa para un mejor enfrentamiento ante la muerte.

Según lo expresado por Sarabia y Hernández (2001), las terapias de orientación cognitivo-conductual, la terapia familiar sistémica, la terapia grupal y la terapia breve, son muy útiles en el caso de apoyo a pacientes terminales.

Y así, cada autor dedicado al estudio del apoyo de situaciones de duelo, de la Intervención en crisis, estrés postraumático y temas relacionados, tendrá ya sus técnicas predilectas para acompañar y apoyar a las familias y pacientes que lo requieren. De entre dichas técnicas, las más citadas, reconocidas y probadas en terapia como facilitadoras del proceso son citadas a continuación:

4.2.1 Terapia racional emotiva

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, entre otros). Se

basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1983).

La técnica consiste en disputar las creencias irracionales, lo que implica detectarlas, discriminarlas de las creencias racionales y debatirlas para lograr una reestructuración del pensamiento reemplazando esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. Esto se basa en el principio de que si nuestros pensamientos son los principales responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método científico según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá que determinar antes de ser aceptadas o rechazadas.

Los pasos a seguir en la TRE son los siguientes:

1. Descubrir las creencias que están en la base de los problemas y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.
2. Aprender a debatir esas creencias y demostrarse a sí mismo cómo y por qué no están claras y son disfuncionales.
3. Discriminar las creencias irracionales y no constructivas de las racionales y constructivas, mostrando cómo estas últimas conducen a mejores resultados

4.2.2 Exposición

Las técnicas de modificación de conducta denominadas implosión, inmersión o inundación, son todas ellas técnicas de exposición, como se denominan actualmente. Consiste en la exposición ante estímulos aversivos reales bajo la supervisión y condiciones de un profesional, sin posibilidad alguna de escape o evitación por parte del individuo

Basándose en el supuesto de que cualquier temor puede extinguirse al proveer al paciente de la experiencia de que un resultado esperado y temido no acontece. Esto se hace creando una situación productora de ansiedad en vivo o en la

imaginación del paciente de manera que éste experimente el máximo nivel de ansiedad. Esta exposición se realiza una y otra vez hasta que suceda una disminución en el nivel de ansiedad y progresivamente sea nula. Las variaciones a esta situación ansiógena y tareas en casa son importantes para lograr una generalización.

4.2.3 Entrenamiento en Habilidades sociales

Las habilidades sociales incluyen una gran variedad de comportamientos relevantes en la interacción de un individuo con otras personas. Éstas son herramientas que sirven en la vida cotidiana para relacionarnos con los demás. Entre los diferentes tipos de habilidades sociales que se pueden entrenar existe la **asertividad**, la empatía, la comunicación no verbal, la planificación, el establecer metas y objetivos, la resolución de problemas, entre otros.

El entrenamiento en solución de problemas es parte importante de toda terapia para crisis, ya que las personas en esta situación presentan un colapso en el enfrentamiento, un punto muerto en la solución de problemas (Slaikeu, 1996).

En el caso de pacientes en duelo, el entrenamiento en habilidades sociales podría incrementar en el paciente la capacidad de solucionar su situación actual de manera funcional, así como superar el duelo mediante el establecimiento de las metas futuras y plan de vida.

4.2.4 Entrenamiento en Relajación

El concepto de relajación, hace referencia a un estado del organismo definible como: ausencia de tensión o activación y que se manifiesta a tres niveles; fisiológico, conductual y subjetivo. Esta técnica consiste en ir enseñando al paciente a diferenciar los estados de tensión y relajación muscular. En un primer momento, se intenta hacerle notar al paciente el objetivo de la relajación, demostrándole como es incompatible con cualquier estado de ansiedad.

La relajación se ha extendido como parte complementaria al tratamiento de enfermedades o patologías que van desde problemas físicos, hasta trastornos a nivel cognitivo (Cautela y Groden, 1988), sobre todo los relacionados con la tensión, ejemplos de esto son las crisis.

La importancia de las técnicas de relajación no reside en ellas mismas, si no en la aplicación que se haga de ellas. No son fines en sí mismas, sino medios para alcanzar una serie de objetivos. El objetivo fundamental es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que le están produciendo tensión o ansiedad.

Algunos tipos de relajación, incluso pueden practicarse simultáneamente con otras actividades terapéuticas. Son muchos los métodos de relajación que existen: relajación progresiva, relajación muscular pasiva, relajación diferencial, meditación, ejercicio físico, masajes, entre otros. Probablemente los más empleados en psicología clínica sean el de Shultz propuesto en 1932, y el de Jacobson, formulado desde 1929. La razón de esta elección parece deberse a que se ha considerado que estas dos son los métodos más didácticos, más fáciles de enseñar (Maciá y Méndez, 1997).

4.2.5 Solución de problemas

Como ya se venía mencionando, el entrenamiento en solución de problemas forma parte de las técnicas elaboradas para enriquecer el repertorio de enfrentamiento del paciente y de esta manera contribuye a su crecimiento. La terapia para la solución de problemas se basa en cinco elementos:

- 1) En primer lugar, se lleva a cabo el análisis de las actitudes que posee el paciente ante los problemas. Se le orienta al respecto de que las situaciones problemáticas son un aspecto normal de la vida, que hay varias maneras de enfrentarlos y que se deben solucionar de manera oportuna y eficiente.
- 2) La situación problemática debe ser definida en términos concretos y específicos.

- 3) Una vez definido el problema, se generan alternativas para su solución (generalmente mediante una lluvia de ideas)
- 4) Se evalúan estas alternativas en términos de su utilidad y las ganancias o pérdidas que traería consigo cada una.
- 5) Se incita al paciente a la toma de decisiones y evaluación de su capacidad de resolución de problemas (Slaikeu, 1996).

Sumadas a las anteriores técnicas sugeridas por Echeburúa; y a la terapia familiar propuesta por Gutiérrez; Slaikeu (1996) numera algunas otras utilizadas en la terapia para crisis:

4.2.6 Afecto inducido

Técnica encaminada a la liberación de emociones, se utiliza con víctimas de incidentes traumáticos como una violación o un ataque. Consiste en primera instancia, en la instrucción de relajación al paciente.

Una vez conseguido esto se pretende que el paciente recuerde y describa a detalle el incidente, alentando en todo momento la libre expresión de emociones y clarificando los sentimientos referidos por éste. Se persigue en todo momento que el paciente entre en contacto con las distintas emociones presentes en el momento del incidente, incluso detalles olvidados o bloqueados, sentimientos que posteriormente serán aceptados y transelaborados por él mismo.

4.2.7 Asignación de tareas en casa

Se trata de tareas que contribuyan a la práctica del comportamiento requerido por el terapeuta o que es difícil para el paciente pretendiendo un incremento en su práctica y una generalización fuera del ambiente terapéutico a su ambiente natural. Puede consistir también en el llenado de tablas de observación del comportamiento, cuestionarios, verificación de pensamientos o lecturas seleccionadas oportunamente por el terapeuta.

4.2.8 Biorretroalimentación

Es una técnica que mide las funciones corporales con el fin de ayudar a controlarlas, con el fin de proporcionar al paciente información continua con respecto a la actividad de dicho parámetro fisiológico particular.

Al observar estas mediciones, el paciente puede aprender cómo alterar estas funciones mediante la relajación o la fijación en la mente de imágenes placenteras.

Se mide la frecuencia cardiaca, la presión arterial o cualquier otra función utilizando electrodos. Un monitor muestra los resultados para que tanto el paciente como el médico entrenado los puedan ver. Mientras el médico describe situaciones estresantes y guía a la persona a través de técnicas de relajación, esta última puede ver cómo la frecuencia cardiaca y la presión arterial cambian en respuesta a los estados de estrés o relajación.

La biorretroalimentación o bioautorregulación le enseña a la persona a controlar y cambiar estas funciones corporales. Al hacerlo, la persona se siente más relajada y puede ayudar a tratar afecciones tales como: dolor crónico, cefaleas e hipertensión.

4.2.9 Desensibilización sistemática

Se basa en el supuesto de que una respuesta de temor puede inhibirse al sustituirla con una actividad antagónica de la respuesta de temor. Se trata de conseguir que el sujeto emita respuestas nuevas (adaptativas) a estímulos que anteriormente provocaban en él respuestas no deseadas. Las fases fundamentales de ésta técnica son las siguientes:

- 1) El terapeuta establece una jerarquía de situaciones (u objetos) que provocan ansiedad, ordenadas de menor a mayor intensidad.
- 2) Se le entrena al sujeto en una respuesta antagónica a la ansiedad; generalmente esa respuesta es la relajación muscular.
- 3) Se le va presentando al sujeto la serie de situaciones ansiógenas empezando por la de menor intensidad; cuando el sujeto ya no responde ante ella con la respuesta de ansiedad sino con la contraria de relajación se pasa a la siguiente, y

así sucesivamente hasta que el paciente ya no muestra ansiedad en ninguna de las situaciones o presentaciones del objeto fóbico.

La exposición puede realizarse en la fantasía o en vivo.

4.2.10 Inoculación del estrés

Dirigido originalmente para pacientes con problemas de ansiedad, es ahora utilizada en el tratamiento de la ira y el dolor cuyo objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan disminuir o anular la tensión y activación fisiológica y sustituir antiguas interpretaciones negativas por pensamientos positivos para afrontar situaciones perturbadoras. Esta técnica se lleva a cabo en tres pasos:

- 1) Elaborar una lista personal de situaciones de estrés (como los temores, el dolor o la ira) y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresantes hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación que produce ansiedad.
- 2) Creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.
- 3) Utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento real para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

4.2.11 Ensayo del comportamiento

Consiste en la práctica instruida y supervisada por el terapeuta durante la sesión, de comportamientos nuevos apropiados para tratar las carencias conductuales y la preparación del paciente para situaciones nuevas (por ejemplo, una víctima de violación que se prepara para un juicio en la corte). Usualmente consta de cuatro etapas:

- 1) Introducción y preparación del paciente para aprender nuevos patrones de comportamiento.
- 2) Selección de situaciones objetivo.
- 3) Ensayo de comportamiento (puede combinarse con otras técnicas como el modelamiento y la retroalimentación).
- 4) Transferencia a situaciones cotidianas.

4.2.12 Hipnosis

Durante el estado hipnótico, la conciencia del paciente se concentra exclusivamente en la voz del terapeuta. Este procedimiento ha sido usado clínicamente para la sustitución de síntomas, facilitación del conocimiento de elementos inconscientes y el control del dolor, entre otros. Incluso se ha argumentado que la hipnosis intensifica el efecto de otras técnicas por la redistribución de la atención, el incremento en la disponibilidad de los recuerdos y la sugestibilidad, la elevación en la capacidad para la producción de fantasías y la creatividad.

4.2.13 Modelamiento

Tiene el fin de enseñar nuevos comportamientos, aumentar la frecuencia de los comportamientos deseables y disminuir los temores. Valiéndose de los ya mencionados ensayos conductuales, se practican dichas respuestas, ya que se trata de que el paciente reproduzca una conducta previamente modelada por el terapeuta quien es el encargado de especificar todos los elementos que componen dicha conducta.

El paciente puede ser expuesto (de manera directa o en su imaginación) a uno o varios individuos que demuestren el comportamiento objetivo. Puede realizarse también por medio de la observación de un video.

Si bien es indispensable el conocimiento de las técnicas y recursos terapéuticos, como profesionales de la salud sería imperdonable dejar de lado aspectos

complementarios de las técnicas que pueden llevarse a cabo en terapia. Sumado a las técnicas que se han venido planteando, es importante cuidar aspectos tan comunes como la *dieta y la nutrición* del paciente, para el no menos importante equilibrio físico del cuerpo, o el *establecimiento de redes* sociales encaminado a la movilización de los sistemas de apoyo como apoyo a la solución de una crisis, y así conformar un tratamiento más completo.

4.3 Grupos de autoayuda

Existen programas elaborados por diversos especialistas, quienes esparcen su conocimiento con libros de autoayuda o iniciando grupos en los que los participantes trabajan juntos hacia las soluciones (Slaikeu, 1998).

Parece lógico que, ya que somos seres condicionados socialmente, es decir, que nuestros valores, creencias, personalidad, incluso percepciones, interpretaciones y modos de afrontamiento ante diversas situaciones, están ajustados a lo que nuestro entorno (incluyendo a las personas que nos rodean), y ya que nacemos y nos desarrollamos en grupo, los *grupos de autoayuda* sean utilizados como una solución en apoyo a las personas que transitan por un duelo.

Como lo informa Sánchez (2001): "La gente se incorpora a un grupo de autoayuda con motivo de una situación de crisis vital, y por la necesidad de compartir su experiencia y sus sentimientos privados en un clima de aceptación mutua" (p. 61), así que, ya sea por la similitud encontrada entre quienes asisten, la atmósfera de apoyo y facilitación para la expresión de emociones, el nivel de cohesión y simpatía por el sufrimiento de los demás y la satisfacción por sus progresos, o por el sentimiento de pertenencia que se llega a adquirir, han hecho funcionales estos grupos.

Mediante la terapia grupal, el psicólogo clínico ayuda a cada participante a resolver problemas, adquirir habilidades y nuevas formas de relacionarse (Kendall y Norton, 1988, cit. en Sarabia y Hernández, 2001). Sin embargo, no se deben

perder de vista las contraindicaciones de la terapia de grupo para algunos individuos que resultan inapropiados para este tipo de tratamiento, como quienes presentan tendencias suicidas, depresivas, agresivas, quienes abusan del alcohol o drogas, quienes sufren de alucinaciones, entre otros (Echeburúa, 2004).

4.4 La tarea del psicólogo

La actitud incondicional y apoyo al paciente enmarca toda actividad terapéutica (Godoy, 1991). Además, el terapeuta debe poseer algunas habilidades generales necesarias para el trabajo con cualquier tipo de población que si bien son siempre deseables, con esta población se convierten en indispensables. Como son:

- Presentar un comportamiento asertivo, ya que es un modelo para el paciente quien no solo imita y aprende de lo que escucha, sino de lo que ve.
- Poseer habilidades persuasivas y de motivación y refuerzo.
- En todos los casos, es deseable el manejo teórico y práctico de las técnicas necesarias.
- Enaltecer el trabajo en equipo y la capacidad de síntesis en sus sesiones, el análisis de las conductas y el establecimiento de metas de tratamiento.

En el caso específico del tratamiento de duelos, no se debe olvidar que:

- No se debe etiquetar como patológica la resistencia que presentan las personas a formar nuevos vínculos y reestructurar la familia. Debe tomarse como una inadaptación y formar parte de los objetivos de terapia.
- Incluso la comunidad, la iglesia y los profesionales sanitario contribuyen a que el duelo se estanque, por no estar acostumbrados a ofrecer su apoyo, a no ser que se trate de una pérdida comprobada (Boss, 2001).

- Es importante orientar a la familia y no solo al sujeto en duelo ya que, como se ha venido mencionando, algunos efectos de las crisis circunstanciales recaen sobre víctimas secundarias y grupos cercanos a la víctima primaria.

En conclusión, la atención psicológica funciona en la elaboración del proceso de duelo, o cuando se presentan las características de un *duelo complicado* (explicado en el capítulo 2). Y aunque en algunas ocasiones se desmerita entre otros profesionales el beneficio que puede proveer la terapia en dicho proceso, podría formar parte fundamental de las alternativas sugeridas por los médicos a los pacientes que atraviesan por un duelo y sus familias, lo que resultaría en una atención multidimensional necesaria para un mejor desarrollo del proceso.

CONCLUSIONES

Para abordar el estudio de *las pérdidas y sus duelos*, el presente trabajo fue dividido en cuatro capítulos y un apartado de conclusiones. En los primeros capítulos se incluyeron conceptos que nos encaminaron hacia el entendimiento de los diferentes tipos de duelos que trae consigo la pérdida de algún ser querido, conceptos tales como: tipos de crisis, el ciclo vital, ¿Qué es el duelo?, influencia de la cultura y género sobre el comportamiento de los seres humanos como respuesta ante una pérdida, diferencias entre el duelo “normal y duelo “patológico” y finalmente una descripción de los estadios del duelo.

En primer lugar, se hizo referencia a las crisis vitales y el desarrollo humano, ambos temas de sumo interés no solo para la psicología evolutiva sino de muchas otras disciplinas. Recapitulando, una crisis puede ser definida como un estado temporal de trastorno y desorganización.

Según la definición de Slaikeu (1996), se conceptualizaron las diferencias entre los dos tipos de crisis. Las crisis circunstanciales y las crisis de desarrollo. Las primeras son desatadas por eventos inesperados, experiencias que podrían ser por ejemplo, producto de desastres naturales, o ser víctima de algún crimen violento. Incluso son situaciones circunstanciales las influenciadas por factores ambientales y sociales, como la pérdida de empleo, divorcio, o migración.

Por otro lado, las crisis de desarrollo, son aquellas relacionadas con las transiciones entre etapas del crecimiento del ser humano. No solo personal sino familiar ya que todo individuo o sistema en desarrollo atraviesa por una serie de etapas (individuales y familiares), y que cada una de ellas podría someternos a eventos específicos que, de nos ser manejados adecuadamente, podrían resultar en una crisis.

No es por obra del azar, que existan una gran diversidad de estudios dedicados a las crisis vitales del desarrollo, o las crisis de mitad de la vida, o a la psicología del envejecimiento: el desarrollo humano es un concepto en evolución. No se pueden atender las necesidades de las personas si no se conocen con exactitud las etapas críticas a las que son o serán sometidas, y tampoco podrían entenderse las transiciones, pérdidas y sus duelos, sin conocer los promotores de estos y los antecedentes teóricos básicos.

El segundo capítulo, comenzó con la definición de duelo: el duelo como proceso normal, dinámico y activo que se pone en marcha después de alguna pérdida. Etimológicamente, la palabra duelo procede del latín “dolus”, que significa dolor, y se le llama así comúnmente a la respuesta emotiva que sufren las personas ante la pérdida de *alguien* o *algo* querido. Es decir, abarca el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales, que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo (el deudo), estaba psicosocialmente vinculado (Tizón, 2004).

A lo largo de este segundo capítulo se retomaron también aspectos importantes que influyen en la manera en que cada uno actúa ante alguna pérdida, estos son: la influencia de la cultura y el género, sin perder de vista que este proceso esta conformado por dimensiones individuales, familiares y sociales.

Se describieron las concepciones desde el punto de vista de especialistas, acerca de lo que puede ser considerado un duelo “normal” y un duelo “patológico” y las teorías más importantes escritas sobre los estadios de este proceso. Teorías que, a pesar de haber sido concebidas por distintos autores en distintas épocas, comparten rasgos comunes, lo cual ha permitido a los interesados en la salud mental, trabajar bajo un modelo en el que se especifican las etapas por las que la mayoría de las personas transitan después de sufrir una pérdida.

El trabajo de Freud sobre “el duelo y melancolía” (1917), es considerado por algunos como uno de los pioneros en torno a este tópico. En dicho trabajo el duelo

se define como: la reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar.

Años más tarde, el psiquiatra británico John Bowlby (1986), definió el duelo como la serie de procesos psicológicos tanto conscientes como inconscientes, que se ponen en marcha después de vivir la pérdida de una persona amada, cualquiera que sea el resultado de ellos.

Si bien John Bowlby fue uno de los primeros interesados en describir las etapas por las que atraviesa un duelo, otra de las teorías mejor conocidas es la de la doctora Elizabeth Kübler-Ross, quien en 1969, como resultado de sus investigaciones con enfermos terminales, identificó y describió cinco fases por las que ellos transitaban cuando su muerte era catalogada como inminente, estas etapas son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

El Instituto Mexicano de Tanatología ha sido semillero de una gran variedad de publicaciones de estudios respecto de la vivencia del duelo. Una descripción sencilla del duelo propuesta por este centro, implica al duelo como proceso necesario en cuyo desarrollo las personas elaboran y superan las pérdidas de su vida, siendo éste un proceso individual, único, temporal, activo y que deja marca en la vida de cualquier ser humano.

Hay varias características notables de un duelo no resuelto, que pueden ayudar para el diagnóstico del mismo y de trastornos relacionados:

1. La persona no puede hablar del fallecido sin experimentar un dolor intenso y reciente.
2. Algún acontecimiento relativamente poco importante desencadena una intensa reacción emocional.
3. La persona que ha sufrido la pérdida no quiere desprenderse de posesiones materiales que pertenecían al fallecido.

4. Se hacen cambios radicales en el estilo de vida después de una muerte o se evita a los amigos, miembros de la familia y/o actividades asociadas con el fallecido
5. Cuando el paciente presenta una larga historia de depresión marcada por la culpa persistente y la baja autoestima.
6. Una compulsión a imitar a la persona muerta.

Una vez que en el capítulo 1 se examinaron las diferencias entre crisis circunstanciales y crisis de desarrollo, y en el capítulo 2 se enlistaron las principales definiciones y características de un duelo, se pudo analizar la manera en que algunas de esas crisis circunstanciales afectan el equilibrio de quienes las experimentan y desencadenan así un duelo.

En el tercer capítulo, se describieron algunas de las situaciones y pérdidas que más afectan a los seres humanos, siendo la primera en la lista, la muerte de los seres queridos, seguida otras como el divorcio, la terminación de un noviazgo, la enfermedad, entre otras.

Así, el capítulo estuvo dedicado a explicar algunos de los duelos que trae consigo la pérdida de un ser querido, ya que, si bien el estudio de la muerte como fenómeno humano ha preocupado al hombre, también es cierto que podríamos enlistar una larga lista de pérdidas a las que las personas están sometidas en su cotidianidad ya que *no solo la muerte de alguien desata un duelo*, también existen; la pérdida de poder, pérdida de la libertad, pérdida de la salud, pérdida de la pareja, entre otras, y cada una de ellas acarrea, a su vez, un determinado número de pérdidas relacionadas.

Todas las personas vivimos pérdidas, sean certeras o ambiguas, incluso pérdidas como el término de la infancia, de la juventud, la separación de seres queridos o la no realización de metas, planes e ilusiones, y ante todas éstas, el duelo es una respuesta esperable y normal, incluso podría decirse que es una experiencia de

carácter universal, el problema deviene cuando no se maneja adecuadamente, o no se cuenta con los recursos sociales y personales necesarios para enfrentarlo.

En el cuarto y último capítulo, se consideraron los recursos y técnicas terapéuticas más utilizadas en la solución y encauzamiento del proceso del duelo hacia los más acertados términos. Cuando los individuos se presentan en búsqueda de apoyo y orientación después de una pérdida, uno de los modelos de intervención más utilizados ha sido la “Intervención en Crisis”, encaminada fundamentalmente en el alivio inmediato de los síntomas primarios y restablecimiento del equilibrio emocional, seguida de el entrenamiento para enfrentar crisis futuras. Si bien las técnicas terapéuticas que han sido efectivas en la terapia para sobrellevar una crisis son bastantes, se pueden mencionar entre las más importantes: el afecto inducido (encaminado a la liberación de las emociones de pacientes víctimas en un incidente traumático), el entrenamiento en relajación, desensibilización y entrenamiento de habilidades sociales, biblioterapia, cuidado de la dieta y nutrición, ensayo del comportamiento, hipnosis, implosión, modelamiento, entre otras.

El trabajo del psicólogo en la atención a personas que atraviesan por una crisis es muy amplio, abarca desde el tratamiento y el apoyo ante el creciente número de divorcios, enfermedades crónico degenerativas, adicciones; hasta la intervención psicológica en catástrofes naturales y el apoyo terapéutico para las víctimas de delitos, entre muchas otras situaciones.

Es por eso indispensable el conocimiento de las técnicas y recursos terapéuticos, así como de los aspectos complementarios de las técnicas que pueden llevarse a cabo en terapia como el equilibrio físico del cuerpo, o el establecimiento de redes sociales encaminado a la movilización de los sistemas de apoyo como soporte para la solución de una crisis. Respecto a este sistema de redes sociales y al fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, esta dedicado el siguiente apartado.

La resiliencia en el proceso de duelo

Uno de los objetivos principales de este trabajo, es enriquecer con información y nuevas propuestas a quienes lo consulten. Para complementar la labor del psicólogo en el tema de duelo, es necesario tomar en cuenta los siguientes puntos:

De manera general, el asesoramiento ante el duelo tiene como meta una transición menos conflictiva durante el tiempo que requiera esta etapa para ser finalizada, así como la identificación y resolución de los conflictos de separación que imposibilitan la superación de una pérdida (mediante los recursos y técnicas propuestas por diversos autores y numeradas en el capítulo 4) sin embargo, no se debe perder de vista la importancia que tiene mirar la adversidad como una oportunidad de mejora en la vida de cualquier ser humano o sistema.

Si bien es cierto que existe un amplio rango de eventos traumáticos y posibles precipitadores de crisis para cualquier ser humano, generalmente ocurre una desorganización mayor por la falta de habilidades, conocimientos y/o recursos del individuo y el sistema familiar, empero, como se citó en capítulos anteriores, no todas las personas responden a las crisis de la misma manera.

La principal propuesta de intervención que presenta este trabajo de investigación documental en el caso de pacientes que viven un duelo o pérdida importantes, es en torno al fortalecimiento de la resiliencia como estrategia para superarlo.

La resiliencia es catalogada como la capacidad del ser humano para enfrentar las adversidades de la vida, pero sobre todo aprender de ellas, superarlas e inclusive ser transformado por estas, ya que todo ser humano esta expuesto a un sinnúmero de adversidades durante su vida (Grotberg, 2006).

De la exploración en torno a la resiliencia, se deriva una perspectiva muy completa acerca de los factores clave que diferencian a aquellas personas resilientes de

quienes no lo son, ser parte del primer grupo depende, en gran medida de 3 características:

1) Contar con el apoyo externo de una o más personas, dentro y fuera del grupo familiar, quienes puedan servir como modelos de independencia, estabilidad y confianza, y tener acceso a la salud, educación y seguridad.

2) La fuerza interior, que nace de una persona empática, estable, segura de si misma, respetuosa y responsable de sus acciones, y finalmente

3) Las capacidades interpersonales y de resolución de conflictos, para ser generador de ideas, amistades, y para comunicar asertivamente las emociones y necesidades propias.

Estos factores forman parte de los instrumentos que una persona necesita para enfrentarse a las pérdidas y momentos de crisis en cualquier etapa de la vida. No obstante, parecería que el tiempo ideal para promoverlas depende del momento del ciclo vital en el que se encuentra cada persona, en tanto que, tomando en cuenta la propuesta de Erikson, en cada una de las fases de la vida, el ser humano requiere desempeños evolutivos específicos que se deben alcanzar para madurar, y que a su vez se desprenden de la resolución de crisis específicas de cada etapa. Si estas adversidades son bien resueltas, la persona adquiere una virtud o cualidad básica que complementa el desarrollo de la resiliencia.

Una perspectiva más sistémica, y evolutiva de los mecanismos de superación y adaptación del ser humano, es importante dentro del discurso destinado a ayudar a individuos, parejas y familias a enfrentar y ajustarse a las crisis, pérdidas y adversidades de la vida (Walsh, 2004).

Cada situación de crisis, puede ser planteada como una lección del presente para enfrentar el futuro, un momento para cuestionar, revisar y reencauzar la vida. Peligro y oportunidad, se encuentran mezclados en el símbolo chino empleado para la palabra crisis. Ciertamente, es innegable que una pérdida dolorosa o un acontecimiento no esperado puedan impulsar a cualquier persona hacia una

dirección imprevista, es más probable que esta dirección sea más positiva si la educación que se recibe desde tempranas edades incluyera la reafirmación de la confianza, autonomía, iniciativa, diligencia e identidades propias (en otras palabras, el fortalecimiento de la resiliencia).

En el sistema familiar es de gran utilidad la comprensión compartida de todos los miembros ante un evento estresante, como puede ser un divorcio inminente, una enfermedad mortal, o cualquier tipo de crisis, ya que cuando existe claridad en lo que se puede esperar del futuro, se potencializa la posibilidad de una mejor planeación en la manera de manejarlo. Planear, informar, debatir los sucesos inesperados cuando se está en medio de un momento que parece no tener salida, permite una mayor comprensión de ellos y a la vez una mejor relación con el entorno.

Los psicólogos jugamos un papel importante en la intervención en crisis después de una pérdida ya que contamos con las herramientas y conocimientos apropiados para, por ejemplo, encausar un duelo mal elaborado hacia la mejor resolución posible.

El primer quehacer del psicólogo en este rubro, está encaminado a un tipo de *primer auxilio* psicológico que consiste en brindar contención en el momento de crisis y participar con una apropiada escucha activa en los casos que lo requieren. Es falso, y poco funcional, mantener la creencia de que la muerte de un ser querido *debe sufrirse* guardando cierto grado de culpa o de luto de por vida.

En segundo lugar, pero no menos importante, el psicólogo puede también hacerse cargo de la educación previa, información y reestructuración de creencias en torno al lado *negativo* que, en la mayor parte de los casos, acompaña a las palabras *adversidad, duelo o pérdida*.

La información no debería ser para unos pocos que asisten a terapia o grupos de ayuda, cualquiera debería poder reconocer las etapas de desarrollo, como un proceso continuo desde el nacimiento hasta la muerte, así como los posibles precipitadores de crisis de cada etapa, y que, en cada una, el ser humano tiene desempeños evolutivos específicos que se deben alcanzar para madurar y enfrentar los siguientes retos con herramientas suficientes para superarlos. Es proporcionando la información necesaria para entender la evolución de la vida individual y familiar y dotando de recursos de afrontamiento (como la resiliencia), que se podría mejorar la calidad de vida de cada individuo.

De modo que, no solamente los hospitales e instituciones de salud deberían contar con psicólogos capacitados en intervención en crisis, es tarea de la educación básica (en primarias y secundarias) contar con profesionales encargados de promover estas herramientas a padres y alumnos, ya que es desde la infancia que se debe poner atención sobre el favorecimiento de las estrategias de afrontamiento.

No se debe perder de vista que durante el desarrollo de la vida habrán sucesos que “sacudan” la seguridad e integridad de las personas; eventos tanto familiares, personales, sociales o profesionales, es por ello que toda institución, desde escuelas de nivel básico, medio superior y superior, hospitales, albergues, incluso las grandes empresas deberían contar con al menos un psicólogo que pudiera brindar apoyo en ese instante.

En síntesis, todo ser humano posee el potencial para enfrentar, superar e incluso crecer a partir de la adversidad. Los servicios de salud, la familia, las instituciones educativas, juegan un rol importante en la superación de una pérdida, es por ello que todos deben estar preparados con la información correcta, resaltando entre ella la que se refiere a las estrategias e instrumentos de apoyo inmediato, la educación oportuna para promover la resiliencia y la de las instituciones que brindan atención a víctimas de algún suceso inesperado.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión revisada (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: como aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir y morir conscientemente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cautela, J. y Groden, J. (1988). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Roca.
- Clavé, E. (2000). *Ante el dolor*. España: Level.
- Cohen, R. y Ahearn, F. (1989). *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*. México: Editorial Harla.
- Dalton, M. (2007). *Relaciones humanas*. México: Thomson Learning.
- Di Domenico, R. (2006). Familias separadas y apego. *Revista de psicología de la Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela* 25(2), 6-18. Documento

recuperado el 18 de mayo de 2009, de
<http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131609232006000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1316-0923

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid: Pirámide.

Erikson, E. (1988). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Estremero, J. y García, X. (2004). *Familia y ciclo vital familiar. Manual para Promotores de la Salud*. Buenos Aires: Fundación MF.

Feeney, J. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres: Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.

Flórez, S. (2002). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 25(3), 77-85.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas*, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gianella, C. (1998). Efectos psicosociales del divorcio en los hijos. *Conferencia dictada en la Facultad de Psicología*, Mendoza, 17 de abril de 1998. Documento recuperado el 29 de abril de 2009, de <http://www.scribd.com/doc/6063570/El-Efecto-Del-Divorcio-en-Los-Hijos>

Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En: Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Capítulo 5. Madrid: Siglo XXI.

Goldbeter, E. (2003). *El duelo imposible: las familias y la presencia de los ausentes*. España: Herder.

González, V. (2005). El duelo migratorio. *Revista Trabajo Social* 7, 77- 97, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Grotberg, E. (2006) *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.

Gutiérrez, A. (1993). *Desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica y apoyo psicológico a la familia ante la muerte de uno de sus miembros*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Haro Leeb, L. (1990). *Psicología de las Relaciones Humanas*. México: Porrúa.

Hornstein, L. (2006). *Las depresiones: afectos y humores de vivir*. Buenos Aires: Paidós.

Instituto Mexicano de Tanatología (2008). *¿Cómo enfrentar la muerte?: Tanatología*. México: Trillas.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México. Documento recuperado el 14 de octubre de 2009, de <http://200.23.8.5/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/matrimonios24.doc>

Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Internacional Thomson.

Maciá, D. y Méndez, F. (1997). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Estudios de casos. Madrid: Pirámide.

Moguillansky, R. (2006). *La vida emocional de la familia: su complejidad, vínculos y estados vinculares*. Buenos Aires: Lugar.

Oloweny, C. (1994). The ethics and conduct of crosscultural research in developing countries. *Psychooncology* 3, 11-20. En: Die, M. Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología* 0(1), 39-48.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE 10)*. Madrid: Mediator.

Orgilés, M., Espada, J. y Méndez, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema* 20(3), 383-388.

Rage, E. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza Valdés Editores.

Reyes, A. y Acuña, L. (2008). Reportes de niños y padres sobre eventos vitales estresantes y síntomas de enfermedad. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 272-286.

Rubin, B. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Sánchez, E. (2001). *La relación de ayuda en el duelo*. España: Sal Térrea.

Sánchez, F. (2002). *Acerca de la muerte: curso de Tanatología*. Bogotá: GIRO Editores.

Sarabia, A. y Hernández, D. (2001). *Las reacciones psicológicas ante la enfermedad-muerte en pacientes terminales*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Savage, J. (2000). *Duelo por las vidas no vividas: estudio psicológico sobre las pérdidas durante la gestación y el parto*. Barcelona: Luciérnaga.

- Serpell, R. (1981). *Influencia de la cultura en el comportamiento*. Barcelona: CEAC.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.
- Siverio, M. y García, M. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de Psicología* 23(1), 41-48.
- Slaikau, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Spielberger, Ch. (1980). *Tensión y Ansiedad*. México: HARLA
- Tizón, J (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.
- Urdaneta, Y. (1994). *Los hijos del divorcio*. Venezuela: Disinlimed.
- Valladares, P. (2010). Manual de Intervención en crisis. En: *Técnicas y Procedimientos Psicoterapéuticos Cognitivo Conductuales*. Capítulo 1. Editorial Iztacala. En prensa.
- Vargas, Ch. (1993). *La Terapia Racional Emotiva: una alternativa para un mejor enfrentamiento ante la muerte en la relación directa enfermo-desahuciado*. Tesina de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Walsh, F. (2004) *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Madrid: Amorrortu.
- Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En: Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Capítulo 5. Madrid: Siglo XXI.